



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

**“CERVICITIS Y SU RELACIÓN CON EPI EN
MUJERES DE 25 A 40 AÑOS ATENDIDAS POR
CONSULTA EXTERNA EN EL CENTRO DE
SALUD N-3 EN EL PERÍODO MAYO -
OCTUBRE 2014”**

TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO GENERAL

AUTOR: PABLO ANDRES MORENO ROMERO

DIRECTOR: DR. BOLIVAR EDUARDO SAMANIEGO CARDENAS

LOJA – ECUADOR.
2015

CERTIFICACIÓN

Loja, 12 de Noviembre del 2015

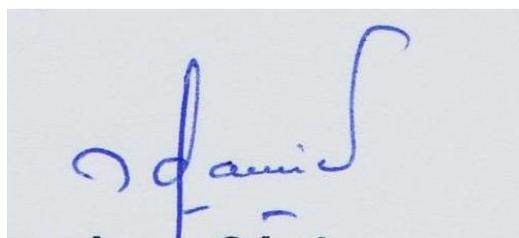
Dr. Bolívar Eduardo Samaniego Cárdenas

**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DEL ÁREA DE LA
SALUD HUMANA**

CERTIFICA

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración de la tesis de grado titulada "**CERVICITIS Y SU RELACIÓN CON EPI EN MUJERES DE 25 A 40 AÑOS ATENDIDAS POR CONSULTA EXTERNA EN EL CENTRO DE SALUD N-3 EN EL PERÍODO MAYO - OCTUBRE 2014**", de autoría del estudiante de Medicina Humana **PABLO ANDRES MORENO ROMERO**, previa a la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente



.....
Dr. Bolívar Eduardo Samaniego Cárdenas, Mg. Sc

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, PABLO ANDRES MORENO ROMERO declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional - Biblioteca Virtual.

AUTOR: PABLO ANDRES MORENO ROMERO



FIRMA:

CÉDULA DE IDENTIDAD: 1104659998

FECHA: 12 de Noviembre del 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Pablo Andrés Moreno Romero, declaro ser autor de la tesis titulada: **“CERVICITIS Y SU RELACIÓN CON EPI EN MUJERES DE 25 A 40 AÑOS ATENDIDAS POR CONSULTA EXTERNA EN EL CENTRO DE SALUD N-3 EN EL PERÍODO MAYO - OCTUBRE 2014”**, cumpliendo con el requisito que me permite obtener el título de **Médico General**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual de esta casa de estudios superiores.

Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los doce días del mes de Noviembre del dos mil quince, firma el autor.



FIRMA:.....

AUTOR: PABLO ANDRES MORENO ROMERO

CÉDULA: 1104659998

DIRECCIÓN: San Sebastián, Lourdes y Bernardo Valdivieso esq.

CORREO ELECTRÓNICO: medpabloan-@outlook.com

TELÉFONO CELULAR: 0997667092 – 02581448

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Bolívar Eduardo Samaniego Cárdenas, Mg. Sc

Tribunal de Grado: Dr. Angel Colón Ortega Gutiérrez. Mg. Sc. (Presidente)

Dr. Héctor Podalirio Velepucha Velepucha. Mg. Sc.

Dr. Juan Arsenio Cuenca Apolo. Mg. Sc.

DEDICATORIA

Mi gratitud, principalmente está dirigida al Dios Todopoderoso. Sin Dios nada, con Él y en Él todo, por haberme dado la existencia porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome, dándome fortaleza para continuar y permitiendo llegar al final de mi carrera.

Con gran amor y agradecimiento dedico este trabajo a mis PADRES: CESAR IVAN Y NANCY MERCEDES pilares fundamentales en mi vida a quienes debo mi formación. Sin ellos, jamás hubiese podido conseguir este reto muy importante; su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no sólo para mí, sino para mis hermanos. Mi triunfo es el de ustedes.

A mis hermanos: GABRIELA IVANOVA Y LUIS ALFREDO, por siempre haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora.

Pablo Andrés Moreno Romero

AGRADECIMIENTO

Al culminar el presente trabajo de tesis mis más sinceros agradecimientos:

- A Dios por darme la vida, y ser mi principal guía.
- A mis Padres por el Amor, apoyo y paciencia infinita.
- A mis Hermanos por ser mi inspiración y por su apoyo incondicional.
- A mis abuelos, tíos, primos por sus ánimos y consejos valiosos en mi progreso como persona y profesional,
- A la Universidad Nacional de Loja por el aval académico
- Al Dr. Eduardo Samaniego Cárdenas por su colaboración, dirección y ser mi guía en la elaboración de mi tesis.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida; algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones. Para ellos:

Muchas gracias y que Dios los bendiga

1. TÍTULO

**“CERVICITIS Y SU RELACIÓN CON EPI EN MUJERES DE 25 A 40 AÑOS
ATENDIDAS POR CONSULTA EXTERNA EN EL CENTRO DE SALUD N-3
EN EL PERÍODO MAYO - OCTUBRE 2014”**

2. RESUMEN

El presente estudio se realizó con el fin de determinar la relación entre la cervicitis y la enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) en mujeres entre 25 a 40 años atendidas en el servicio de Consulta Externa del Centro de Salud No. 3 de la ciudad de Loja; e identificar la incidencia de éstas, según su edad en años, estado civil y paridad; y consigo determinar si éstas variables actúan como factores de riesgo de manera directa e indirecta en éstas patologías. Se trata de un estudio clínico prospectivo que incluyó la revisión de la base de datos del centro de salud de 1060 pacientes que acudieron al servicio de consulta externa entre los meses de mayo a octubre del año 2014. Al finalizar ésta investigación, del 100% de la muestra se encontró que el 14% (152 casos) tuvieron cervicitis, de las cuales el 54% se presentó entre las edades de 25 a 30 años, el 39% es más frecuente en mujeres que se encuentra en unión libre, y el 45% son mujeres primíparas; así mismo se constató que de las pacientes con cervicitis, el 20% (30 casos) desarrollaron enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), de los mismos el 53% se presentó entre las edades de 25 a 30 años, el 50% es más frecuente en mujeres casadas, y el 60% son mujeres con antecedente de dos partos. Estos resultados permitieron estimar con veracidad la incidencia de cervicitis en nuestro medio y su relación con enfermedad inflamatoria pélvica (EPI), además se tuvieron en cuenta las variables como la edad, el estado civil y la paridad, para así recomendar la realización de estudios poblacionales a gran escala que posiblemente lleven a la implementación de programas de tamizaje a nivel local y nacional.

Palabras clave: cervicitis, enfermedad pélvica inflamatoria, paridad, edad, estado civil, primípara, segundípara.

SUMMARY

The present research was made for determinate the relation that exists between Cervicitis and the Pelvic Inflammatory Disease (P.I.D) in women between 25 and 40 years old treated at the outpatient department of the Health Center of Loja N · 3; and indentify the incidence of these pathologies by age in years, marital status and parity, to determinate if these variables act as risk factors directly and indirectly ways in these diseases. This is a prospective study that included a review of the database of the Health Center of 1060 patients attending the outpatient service between the months of May to October 2014 .

After finishing this research, from the 100% of the sample, it found that 14%, (152 patients) were attended due to suffer Cervicitis, of wich the 54% presented at age of 25 and 30 years old, the 39% that is common in women in free unión, and the 45% are women with history of giving birth for the first time; likewise it was found that from patients with cervicitis, the 20% (30 women) developed Pelvic Inflammatory Disease (P.I.D), from this group the 53% it appeared between the ages of 25 and 30 years old, the 50% is more common in married women, and the 60% are women with history of two births.

These results allowed to estimate with accuracy the incidence of cervicitis in our midst and its relation with the Pelvic Inflammatory Disease (P.I.D.), having as reference the variables like age, marital status and the parity between the two entities, to recommend the realization of poblational researchs at a big scale that possibly take us to the implementation of programs of screening at local and national level.

Keywords : cervicitis , pelvic inflammatory disease , parity , age , marital status, first birth mother, second birth mother.

3. INTRODUCCIÓN

La cervicitis es una entidad que afecta al aparato genital femenino, en mujeres en edad fértil y con vida sexual activa en cualquier época de su vida; (PELÁEZ & MENDOZA J .2012) refieren que "corresponden a infecciones, fundamentalmente bacterianas, del conducto endocervical; son frecuentes y están causadas, fundamentalmente, por un germen de transmisión sexual (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*) o por un patógeno de la flora vaginal (*Gardnerella vaginalis*) ". La *Trichomona vaginalis*, *Cándida albicans* y el Virus del herpes simple son otros gérmenes, asociados en menor proporción a la inflamación del cuello uterino.

De acuerdo a la Organización Mundial de la salud, OMS, en el año 2005 en todo el mundo, entre las personas de 15 a 49 años hubo un total aproximado de 448 millones de nuevas infecciones por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y otros agentes, por lo que convierte a ésta en la segunda infección de transmisión sexual más prevalente en el mundo (OMS, 2005).

La cervicitis es uno de los principales factores de riesgo para cáncer de cuello de útero y esterilidad con frecuencia son asintomáticas pero pueden llegar a constituir el punto de partida de una infección genital alta como la Enfermedad Pélvica Inflamatoria (E.P.I).

La Enfermedad Pélvica Inflamatoria (E.P.I) comprende las alteraciones inflamatorias e infecciosas que afectan los órganos genitales situados en la pelvis menor. (HERNÁNDEZ. 2010) cita que " la mayoría de los casos de enfermedad inflamatoria pélvica aguda están relacionados con enfermedades de transmisión sexual. Cada año miles de mujeres experimentan un episodio de enfermedad inflamatoria pélvica aguda (EIP) aguda y estas son sometidas a un creciente riesgo de molestias crónicas en el hemiabdomen inferior, embarazo ectópico, dolores por adherencias, infertilidad tubárica.

"Aproximadamente un 12 % de mujeres se convierten en infértiles después de un simple episodio, casi un 25 % después de dos episodios y casi un 50 %

después de tres episodios. Otras secuelas asociadas son la dispareunia, el piosálpinx, los abscesos tuboováricos y adherencias pélvicas y muchas de ellas requerirán intervenciones quirúrgicas” (HARRISON. 2009).

La incidencia anual para países desarrollados en el 1-2% de las mujeres sexualmente activas. En Suecia se calcula que la enfermedad afecta anualmente al 1% de las mujeres entre 15-34 años, en Estados Unidos algunas estimaciones apuntan a que entre el 10 al 15 % de las mujeres en edad reproductiva han tenido un episodio de Enfermedad Pélvica Inflamatoria (E.P.I) (QUINTANA etc. 2007).

En el Hospital Gineco – Obstétrico “Isidro Ayora” de ciudad de Quito en pacientes de consulta externa, en el primer semestre del año 2009, se realizó una investigación acerca de la enfermedad inflamatoria pélvica la cual concluyo que es más frecuente casos entre el segundo y tercero decenio de vida en mujeres sexualmente activas (SANDOVAL, VALLEJO, VENEGAS, & YAGUARSHUNGO, 2010).

En la diaria práctica médica se logra constatar con mucha frecuencia casos de cervicitis diagnosticada, muchos de los cuales evolucionan hacia la cronicidad, y peor aún generan Enfermedad Inflamatoria Pélvica (E.P.I). (USANDIZAGA & DE LA FUENTE 2012).

Las complicaciones y secuelas de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (E.P.I) son penosamente graves para la paciente, la familia y la sociedad; además de las complicaciones ya expuestas, estas patologías traen consigo un problema sociocultural que como personal de salud se tiene que intervenir y promulgar la prevención en nuestra región.

Es trascendente concientizar a la población sexualmente activa acerca de la importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno para todas las causas que pueden causar cervicitis y enfermedad pélvica inflamatoria.

Actualmente hay evidencia limitada y escasa en cuanto a determinación de estas enfermedades y sus complicaciones a nivel nacional, regional como local, por lo tanto la investigación realizada nos permitió estimar la incidencia de

éstas enfermedades y correlacionar los resultados de ambas patologías, para así recomendar la realización de estudios principalmente a nivel local.

El objetivo propuesto en ésta investigación es: Identificar la incidencia de pacientes que presentaron Cervicitis y su relación con Enfermedad Inflamatoria Pélvica (E.P.I) en mujeres entre los 25 y 40 años de edad; de acuerdo a los objetivos específicos tenemos: 1. Determinar el número de casos de pacientes con cervicitis en la población en estudio; 2. Reconocer la incidencia de casos de cervicitis según el grupo de edad, paridad y estado civil; 3. Relacionar la presencia de Enfermedad Pélvica Inflamatoria (E.P.I) en casos de mujeres con Cervicitis atendidas en el centro de salud Nro. 3; y 4. Establecer la cantidad de pacientes con Enfermedad Pélvica Inflamatoria (E.P.I) teniendo en cuenta el grupo de edad, paridad y estado civil.

Dentro de los métodos de investigación utilizados, están el análisis teórico, el comparativo, y lógico, la revisión bibliográfica y la revisión de historias clínicas de las pacientes que acudieron al servicio de consulta externa de Ginecología del Centro de Salud N 3 de la ciudad de Loja.

La estructura del trabajo consta de capítulos que se refieren a todo los que conciernen acerca de Cervicitis y Enfermedad Inflamatoria Pélvica (E.P.I).

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 GENERALIDADES

Los aparatos urinario y genital de la mujer están íntimamente relacionados anatómicamente y embrionariamente. Ambos se derivan sobre todo del mesodermo y del endodermo primitivo y existen pruebas de que el sistema urinario embrionario tiene una influencia inductiva importante en el desarrollo del aparato genital. Un 10% de los niños nacen con algún tipo de anomalía del sistema genitourinario y las anomalías en unos de los aparatos a menudo se ven reflejadas en otro.

Los órganos reproductores femeninos incluyen los órganos sexuales u órganos genitales femeninos y las glándulas mamarias. Los órganos sexuales se clasifican en externos e internos, los órganos sexuales internos o genitales internos se encuentran en el abdomen inferior y consisten en los ovarios, las trompas uterinas, el útero y la vagina; los órganos genitales externos incluyen el monte de Venus, los labios mayores y menores las glándulas vestibulares y el clítoris.

Durante los años previos a la pubertad, los órganos reproductores femeninos salvo los ovarios sufren escasa evolución ulterior y, en general, crecen de acuerdo con el cuerpo; al llegar la pubertad, los órganos reproductores se desarrollan hasta el estado sexual maduro, y se produce la ovulación y la primera menstruación o menarquia; así la mujer ingresa en la edad fértil o reproductiva que se caracteriza por la presencia de ciclos menstruales hasta su interrupción alrededor de los 50 años con la menopausia, después de la menopausia comienza una lenta atrofia de los órganos reproductores.

El útero es un órgano fibromuscular que se divide en la porción cervical inferior y la porción corporal superior o cuerpo uterino.

4.1.1 CUELLO UTERINO

La porción del cuello uterino expuesta hacia la vagina es el exocérnix o porción vaginal, tiene una superficie convexa redondeada con un abertura circular o en hendidura hacia el canal endocervical. El canal endocervical tiene una longitud de 2 a 3 cm y se abre aproximadamente hacia la cavidad endometrial nivel del orificio interno.

Las porción intravaginal del cuello uterino o endocérnix, difieren en la mujer virgen, en la primípara y en la múltipara. En la mujer virgen, el cuello es liso, uniforme y de consistencia firme, el orificio del útero es circular o tiene la forma de un hendidura transversal de 5 a 6 mm de longitud; sus bordes son regulares, lisos y únicos, y su consistencia es muy firme. En la primípara, el vértice de la porción intravaginal esta aplanado; su consistencia es menor que en la virgen; el orificio del útero se alarga transversalmente y sus labios presentan una o dos escotaduras poco profundas, con cierta disminución de su consistencia. Por último en la múltipara, la porción intravaginal del cuello se reduce pero se vuelve más ancha, su consistencia es menos firme aun que en la primípara; el orificio del útero que puede alcanzar 1,5cm de anchura esta bordeado por dos labios irregulares cortados por numerosas desgarraduras. (ROUVIERE 2005)

La mucosa cervical contiene tanto epitelio cilíndrico secretor de moco, característico del canal endocervical como epitelio escamoso estratificado, característico del exocérnix. La intersección en la que estos dos epitelios se encuentran, la unión escamo cilíndrica, es geográficamente variable y depende del estímulo hormonal, ésta unión dinámica, la zona de transformación es más vulnerable al desarrollo de la neoplasia cervical.

En la infancia temprana, durante el embarazo y con el uso de anticonceptivos orales, el epitelio cilíndrico puede extenderse del canal hacia el exocérnix, situación conocida como ectopia o eversión, tras la

menopausia la zona de transformación desaparece por completo hacia el canal endocervical. La producción de moco cervical está bajo influencia hormonal, varía desde profuso, claro y fino durante la fase ovulatoria hasta escaso y espeso en la fase postovulatoria del ciclo. En la profundidad de la mucosa y la submucosa, el cuello uterino está compuesto por tejido conectivo fibroso y una pequeña cantidad de musculo liso en disposición circular. (NOVAK 2013)

4.1.2 CUERPO UTERINO

El cuerpo uterino varía en tamaño y forma, dependiendo del estado hormonal y la maternidad, al nacimiento el cuello uterino y el cuerpo son del mismo tamaño; en mujeres adultas el cuerpo crece de dos a tres veces el tamaño del cuello uterino.

El cuerpo uterino se divide en varias regiones diferentes, el área en la que el canal endocervical se abre hacia la cavidad endometrial se conoce como istmo o segmento uterino inferior. A cada lado del cuerpo uterino superior, un área con forma de embudo recibe la inserción de las trompas uterinas y se denomina cuerno uterino; el útero por arriba de esta área es el fondo.

La cavidad endometrial tiene forma triangular y representa la superficie mucosa del cuerpo uterino, el epitelio es cilíndrico, forma glándulas y posee estroma especializado, experimenta cambios cíclicos en su estructura y función durante los años reproductivos con descamación regular del endometrio superficial y regeneración desde la capa basal.

La capa muscular del útero el miometrio, consiste en fibras de músculo liso entrelazadas y su espesor varia de 1,5 a 2,5 cm algunas fibras externas se continúan con otras de la trompa y el ligamento redondo, el peritóneo recubre la mayor parte del cuerpo del útero y la parte posterior del cuello uterino y se conoce como serosa; el ligamento ancho, una doble capa de peritoneo que cubre el paquete neurovascular

uterino, se inserta lateralmente en el cuello uterino y el cuerpo. Anteriormente, la vejiga se localiza sobre las regiones ístmica y cervical del útero.

Irrigación: el aporte sanguíneo del útero proviene de la arteria uterina, que se anastomosa con las arterias ováricas y vaginales.

Inervación: el aporte nervioso del útero proviene del plexo uterovaginal.

4.1.3 ANEXOS

Al conjunto de las trompas uterinas y los ovarios se les denomina anexos. Las trompas uterinas son una estructura pares huecas que representan las porciones terminales no fusionadas de los conductos de Müller, varían en longitud de 7 cm a 12 cm, y sus funciones incluyen la captura del ovulo, proveer el sitio adecuado para la concepción y transportar y nutrir al ovulo fertilizado

Las trompas se dividen en varias regiones:

- Intersticial: es la porción más estrecha de la trompa que está dentro de la pared uterina y forma los orificios tubaricos en la cavidad endometrial.
- Istmo: es el segmento más cercano a la pared uterina.
- Ampolla: es el segmento con mayor diámetro lateral al istmo.
- Fimbria (infundíbulo): es el orificio en forma de embudo que desemboca a la cavidad peritoneal; esta abertura está rodeada por proyecciones con forma de dedo que constituyen una superficie más amplia para la captura del ovulo. La fimbria ovárica es una conexión entre la porción terminal de la trompa y el ovario que permite su acercamiento.

La mucosa de las trompas es un epitelio ciliado cilíndrico, y adopta una estructura progresivamente más compleja conforme se acerca a las fimbrias; la capa muscular consiste en una capa de musculo liso de

fibras circulantes internas y otra capa de fibras longitudinales externas; la trompa está cubierta por peritoneo y está conectada al margen superior del ligamento ancho a través del mesenterio (mesosalpinx), situado dorsalmente al ligamento ancho.

Irrigación: el aporte vascular a las trompas uterinas procede de pocas arterias uterinas y ováricas.

Inervación: el aporte nervioso de las trompas uterinas las aportan los plexos uterovaginal y ovárico

Los ovarios son estructuras gonadales pareadas que están suspendidos entre la pared pélvica y el útero, lateralmente por el ligamento infundibulopélvico y medialmente por el ligamento uteroovárico. En su parte inferior la superficie hiliar de cada ovario está unida al ligamento ancho por su mesenterio, que es dorsal al mesosalpinx y a la trompa uterina. Las estructuras primarias neurovasculares alcanzan el ovario por el ligamento infundibulopelvic a través del mesenterio. El ovario normal varía de tamaño, con medidas de hasta 5x3x3cm. las variaciones de sus dimensiones es consecuencia de la producción hormonal endógena, que varía con la edad y con cada ciclo menstrual. Las sustancias exógenas, incluyendo los anticonceptivos orales, los agonistas de gonadoliberina y los inductores de la ovulación pueden estimular o suprimir la actividad ovárica, y por tanto afectan al tamaño

Cada ovario está formado por una corteza y una medula y está cubierto por una única capa de epitelio cuboideo de aplanado a cilíndrico bajo, que se continua con el peritoneo del mesovario; la corteza está compuesta de un estroma especializado y folículos en varios estadios de desarrollo o desgaste; la medula ocupa una pequeña porción del ovario en su región hiliar, y está compuesta por tejido fibromuscular y vasos sanguíneos.

Irrigación: el aporte vascular al ovario es la arteria ovárica que se anastomosa con la arteria uterina.

Inervación: el aporte nervioso al ovario proviene de los plexos uterovaginal y ovárico.

4. 2. CERVICITIS

4. 2.1 CONCEPTO.

Se conceptualiza como la inflamación aguda o crónica de las glándulas endocervicales, o del ectocervix.

El MSP en sus estadísticas en el año 2007 se reportaron 15277 casos de trastornos inflamatorios de órganos sexuales a nivel nacional, siendo un número significativo de enfermedades marcándose en los cuadros de morbilidad dentro de las patologías que se presentan en las consultas médicas diarias. (MSP Ecuador 2007)

- *Cervicitis Aguda.* Causada principalmente por varias infecciones como *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, o herpes.
- *Cervicitis Crónica.* Es una inflamación persistente del cuello que suele afectar a la mujer en edad reproductora. No tan comúnmente, la cervicitis es causada por una sensibilidad a ciertos químicos incluyendo aquellos que están en los espermicidas, látex y tampones.

4.2.2 ETIOLOGÍA.

- *Endocervical.* *Chlamydia trachomatis* hasta en un 60% de los casos, *Neisseria gonorrhoeae*.
- *Ectocervical.* Herpes simple, HPV, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomona vaginalis*.

✓ ***Neisseria gonorrhoeae***

Es un coco aerobio gramnegativo e inmóvil, con forma de haba, generalmente se dispone en parejas diplococo, y es intracelular, ya que generalmente se ve el patógeno ingerido por leucocitos polimorfo nucleares. Muestra una clara predilección por el epitelio cilíndrico y de transición. Los epitelios estratificados de la vulva y la vagina son resistentes a su invasión. Los seres humanos son los hospederos definitivos. El germen es sensible a la desecación y sobrevive en un ambiente húmedo.

La mayoría de las infecciones gonocócicas afectan predominantemente el tracto genital, la uretra en el varón y el endocérvix en la mujer, puede permanecer localizado en el lugar primario, lo cual significa que 75% de las cervicitis pueden ser asintomáticas, así como 10% de las uretritis. El periodo de incubación es de 2 a 5 días, tanto en mujeres como en hombres.

Síntomas. La gonorrea asintomática se manifiesta como cervicitis o vaginitis. En la cervicitis se acompaña de una secreción vaginal abundante que es inodora, no irritante y de color blanco o amarillento. El gonococo también infecta en ocasiones las glándulas de bartolino o de skene y la uretra.

Transmisión. La gonorrea se contrae casi siempre por contacto sexual, salvo la conjuntivitis del neonato y la vulvovaginitis de las niñas preadolescente.

✓ **Chlamydia trachomatis**

La cervicitis por chlamydias no tratada puede conducir a la enfermedad pélvica inflamatoria y sus secuelas, así como al síndrome de Fitz-Hugh-Curtis. Afecta en particular a mujeres de 25 años, solteras, que no utilizan condón, con múltiples

parejas sexuales y una nueva pareja sexual en los últimos 3 meses.

Hasta 60% de las mujeres con infección gonocócica albergan *Chlamydia trachomatis* simultáneamente.

Microorganismo. *Chlamydia trachomatis* es fundamentalmente un patógeno humano, se puede diferenciar 15 serotipos: D-E-F-G-H-I-J-K son cepas urogenitales y de transmisión sexual, cuya expresión clínica fundamental es la uretritis del varón y la cervicitis de la mujer; los serotipos L1, L2 y L3 son causantes del linfogranuloma venéreo, y el A-B-Ba- y C se asocian con el tracoma de la ceguera epidérmica. Los serotipos D a K también son responsables de la conjuntivitis de inclusión e infección perinatales. (MIMS 2006)

Las chlamydias son organismos intracelulares obligados, que representan propiedades comunes con las bacterias gramnegativas que poseen ADN y ARN, que se la clasifica actualmente como bacterias especializadas. Por su capacidad metabólica limitada precisan células pseudoestratificadas para sobrevivir. El periodo de incubación varía de 1 a 3 semanas. La prueba óptima es el cultivo.

4.2.3 FACTORES DE RIESGO

- La exposición a infecciones de transmisión sexual
- Periodos posparto
- Pocos casos se puede deber a una exposición química o a un dispositivo insertado en el área pélvica, DIU, o un diagrama. La presencia del objeto extraño puede hacer que el cuello uterino sea más susceptible a la infección
- Alergia a espermicidas anticonceptivos o al látex de los condones

- El coito a temprana edad, con un comportamiento sexual de alto riesgo, con múltiples parejas sexuales y antecedentes de enfermedades de transmisión sexual
- El riesgo aumenta si la(s) pareja (s) se ha(n) involucrado en comportamientos sexuales de alto riesgo o ha(n) tenido una enfermedad de transmisión sexual previa. La gonorrea, la chlamydia y las trichomonas son infecciones comunes que se transmiten por contacto sexual y que pueden ocasionar la cervicitis. (NOVAK. 2013)

4.2.4 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Leucorrea
 - ✓ Persistente
 - ✓ Puede tener olor
 - ✓ De color gris, blanco o amarillo
- Lumbalgia
- Eritema o edema cervical
- Ulceración y friabilidad
- Dolor pélvico
- Sinusorragia

Es posible que no existan síntomas

4.2.5 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la cervicitis se basa en el examen de secreción vaginal, en el cual los hallazgos son de una secreción endocervical purulenta, en general amarillenta o verdosa y referida como "mucopus".

Después de retirar las secreciones ectocervicales con una torunda larga, se coloca una torunda de algodón más pequeña

dentro del canal endocervical y extrae el moco cervical. La torunda se inspecciona sobre un fondo negro o blanco, para detectar la secreción mucopurulenta verdosa o amarillenta; además, la zona de ectopia (epitelio glandular) es friable o con inducción fácil del sangrado. Esta propiedad puede demostrarse tocando el ectropión con una torunda de algodón o con una espátula.

Mediante la extensión de la secreción mucopurulenta en un porta objetos, y con la tinción de Gram, podrá demostrarse un numero de neutrófilos (mayor a 30 por campo de gran aumento). También puede observarse la presencia de diplococos gramnegativos, que darán el diagnóstico presuntivo de endocervitis gonocócica. Si el resultado de la tinción de Gram es negativo para gonococos, el diagnóstico d presunción es de cervicitis por clamidia.

Deben realizarse estudios para gonorrea y clamidia, de preferencia los basados en técnicas de amplificación de ácidos nucleicos. En aproximadamente el 50% de los casos en los que no se detectan un clamidia ni gonococo, se desconoce la etiología microbacteriana d la endocervitis.

4.2.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Vaginitis
- Erosión cervical
- Eversión cervical

Transtornos asociados

- Dispareunia
- Hemorragia poscoital
- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Rotura prematura de membrana en el embarazo
- Parto prematuro

4.2.7 TRATAMIENTO

El tratamiento específico para la cervicitis se basa en, su estado general de salud, su historia médica, progresión de la enfermedad, tipo y severidad de los síntomas, su tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias, sus expectativas para la trayectoria de la enfermedad

- **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Cervicitis por *Neisseria gonorrhoeae*

- ✓ Ciprofloxacino, 500 mg, VO, dosis única.
- ✓ Ceftriaxona, 125 mg, IM, dosis única.
- ✓ Ofloxacino, 400 mg, VO, dosis única.

Cervicitis por *Chlamydia trachomatis*

- ✓ Azitromicina 1gr vía oral, dosis única.
- ✓ Doxicilina 100 mg vía oral, dos veces al día durante siete días.
- ✓ Ofloxacino 300 mg vía oral, dos veces al día durante siete días.
- ✓ Levofloxacino 500 mg vía oral, durante siete días.

4.2.8 COMPLICACIONES

La cervicitis crónica se puede desarrollar y persistir por meses o años, puede ser factor causante de la dispareunia, con frecuencia presenta quiste de naboth con signos de eversión del endocérnix.

4.2.9 PREVENCIÓN

Las mujeres que comienzan su actividad sexual a una edad tardía y se involucran solo en una relación monógama tienen un riesgo significativamente menor de presentar cervicitis.

Se deben evitar los irritantes químicos como las duchas y los tampones; las mujeres que presentan cervicitis activa deben evitar los anticonceptivos en forma de espermicidas.

Es bueno asegurarse que cualquier objeto extraño que se inserte en la vagina se coloque apropiadamente y seguir las recomendaciones sobre cuánto tiempo se debe dejar el objeto dentro, con qué frecuencia se debe cambiar o limpiar; así mismo, se recomienda siempre una buena higiene.

4.3 ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

La Enfermedad Pélvica Inflamatoria (E.P.I) presenta actualmente una alta prevalencia en mujeres jóvenes y adolescentes; las mujeres de este grupo están expuestas con mayor frecuencia a enfermedades de transmisión sexual, las cuales siguen siendo la causa más común de enfermedad pélvica inflamatoria. Las complicaciones de la enfermedad pélvica inflamatoria recurrente pueden ser embarazo ectópico, infertilidad o dolor pélvico crónico. Ante este problema de salud pública es importante que el médico participe en programas que ayuden a la prevención y el tratamiento oportuno de esta enfermedad (URIZA, 2008).

4.3.1 CONCEPTO.

La Enfermedad Inflamatoria Pélvica aguda consiste en la infección del útero, trompas de Falopio y estructuras pélvicas adyacentes; comprende un espectro de desórdenes inflamatorios del tracto genital superior, originado por la infección que se produce casi siempre por vía ascendente hacia el cuello uterino. Incluye una combinación de endometritis, salpingitis, abscesos tubo-ováricos y pelviperitonitis.

La E.P.I se observa con mayor frecuencia entre las mujeres jóvenes que están teniendo relaciones sexuales, especialmente con múltiples parejas; rara vez se presenta después de la menopausia. (BOTELLA, 2008).

4.3.2. EPIDEMIOLOGÍA

Algunos autores cifran la incidencia anual para países desarrollados en el 1-2% de las mujeres sexualmente activas. En Suecia se calcula que la enfermedad afecta anualmente al 1% de las mujeres entre 15 y 34 años, con una incidencia mayor (2%) entre los 15 y 24 años, grupo en el que además las infecciones son más graves. (HARRISON.2009)

En nuestro medio no contamos con cifras confiables sobre la incidencia de EPI ni a nivel nacional ni regional. Esta afección es más frecuente entre la segunda y la tercera décadas de la vida, con una alta incidencia (25 % a 50 %) en nulíparas. La epidemiología es compleja, y se han identificado muchas variables que influyen en el riesgo de contraer la enfermedad. La mayoría de los casos de enfermedad inflamatoria pélvica aguda están relacionados con enfermedades de transmisión sexual. Entre el 8 y el 20 % de las mujeres con cervicitis por gonococos no tratadas y del 8 al 10 % de las mujeres con cervicitis por clamydias no tratadas se complican con dicha enfermedad.⁴

Le Enfermedad Pélvica Inflamatoria es rarísima si no existen relaciones sexuales, aunque puede presentarse en algunas mujeres por mecanismos diferente según veremos al hablar de la patogenia; de todas formas enfermedad sexual y Enfermedad Inflamatoria Pélvica (E.P.I) no son equivalentes, no está claro por qué se inicia la E.P.I en determinado momento y en una determinada paciente, ya que, como, decimos, la presencia de gérmenes patógenos en el tracto genital no conduce necesariamente a una E.P.I. Probablemente interviene, por un lado, la cuantía de la inoculación de gérmenes, así como su virulencia, y por otro, la susceptibilidad del huésped, y factores intrínsecos, como las lesiones cervicales o el volumen de la menstruación.

4.3.3 FACTORES DE RIESGO

CARACTERÍSTICAS PERSONALES:

- Jóvenes
- Residencia urbana
- Bajo nivel socio-económico
- Solteras, divorciadas, separadas

CONDUCTA SEXUAL:

- Promiscuidad
- Alto número de compañeros en los 30 días previos
- Alta frecuencia de coitos
- Primer coito muy joven
- Infección del compañero sexual

ANTECEDENTES:

- E.P.I previa
- Cervicitis crónicas no tratadas.

INFECCIÓN ACTUAL

- Gonorrea
- Clamidias
- Vaginosis bacteriana

ANTICONCEPCIÓN:

- Ningún método
- DIU

OTROS FACTORES:

- Lavados vaginales
- Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, drogas)

4.3.4 ETIOLOGÍA

No es fácil conocer con precisión los gérmenes causantes de la infección se ha pretendido identificar la etiología por los microbios hallados en los cultivos endocervicales, pero no siempre coinciden éstos con los encontrados en las trompas. Las muestras obtenidas por culdocentesis revelan hasta en un 80% de los casos la presencia mixta de aerobios y anaerobios, pero se pueden cuestionar los resultados por la posible contaminación con gérmenes del fondo de saco vagina. Así, se ha encontrado muchas veces que las muestras obtenidas por laparoscopia (tanto del fondo de saco de Douglas como de la propia trompa, que suelen correlacionarse bien entre sí) discrepan de los resultados de culdocentesis, confirmando la etiología polimicrobiana en menos casos de los previstos.

Se han aislado en la etapa monomicrobiana diversos agentes, que son transmitidos por contacto sexual hasta en 50 a 75% de los casos, y entre ellos destacan:

- *Neisseria gonorrhoeae*.
- *Chlamydia trachomatis*.
- *Mycoplasma* (*hominis*, *urealyticum*, *genitalium*).

La etapa polimicrobiana se caracteriza por asociación de dos o más agentes causales en donde participan los microorganismos de transmisión sexual y los aerobios, dentro de los cuales predominan:

- *Escherichia coli*.
- *Streptococcus* grupo D.
- *Staphylococcus* coagulasa negativo.
- *Staphylococcus aureus*.
- *Haemophilus influenzae*.
- *Streptococcus* grupo B.

Esta infección polimicrobiana condiciona salpingitis y pelviperitonitis; en una etapa más severa de la enfermedad hay un sinergismo entre la enfermedad polimicrobiana y los microorganismos anaeróbicos, entre los cuales se encuentran:

- Peptococcus sp.
- Peptostreptococcus sp.
- Bacteroides sp.
- Clostridium spp.
- Fusobacterium spp.

Estos en conjunto condicionan pelviperitonitis y formación de abscesos; en 15 a 25% de las pacientes portadoras de DIU se ha aislado el *Actinomyces israelii*.

4.3.5 PATOGENIA

La mayoría de los casos de E.P.I son debidos a enfermedades de transmisión sexual del tracto genital inferior que ascienden al tracto genital superior, se cree que el origen de la enfermedad es una cervicitis que se disemina y junto con el receptor de superficie mucosa llega primero al endometrio y posteriormente a la tuba uterina.

En 85% de los casos la diseminación es espontánea, en 14% es secundaria a la manipulación instrumentada, como en la inserción del dispositivo intrauterino, biopsia de endometrio o histerosalpingografía, y sólo 1% es secundaria a otras infecciones abdominales.

El moco cervical es una barrera en el ascenso de la flora vaginal y su acción es más eficaz bajo la influencia de la progesterona; en mujeres embarazadas es raro que ocurra esta infección, ya que presentan un

tapón espeso de moco que obstruye el canal cervical. En la fase secretora del ciclo menstrual se estimula el desarrollo de algunas bacterias y en la menstruación el moco cervical se debilita, favoreciendo el ascenso de los microorganismos. Los anticonceptivos alteran en forma favorable el moco cervical protegiendo al tracto genital superior de la infección.

Las bacterias adheridas a la cola de los espermatozoides o de las tricomonas pueden atravesar el moco cervical; una vez que llegan a la cavidad endometrial pueden continuar ascendiendo hasta la mucosa tubaria.; allí se inicia una respuesta inflamatoria con exudado purulento y se favorece el crecimiento de bacterias aerobias y anaerobias. El drenaje del exudado purulento hacia la cavidad abdominal condiciona que entre 5 y 15% de las pacientes con EPI desarrollen peritonitis localizada, abscesos ováricos, tubárico o peritoneales.

Un porcentaje pequeño de pacientes con E.P.I pueden desarrollar perihepatitis secundaria (síndrome de Fitz–Hugh–Curtis).

4.3.6 FISIOPATOLOGÍA

El proceso inflamatorio se inicia en el epitelio, se produce un edema celular con áreas de necrosis en placas y aparece una infiltración intensa de células polimorfo nucleares en el tejido submucoso y posteriormente de células mononucleares y plasmáticas, el edema provoca tumefacción de los pliegues mucosos que tienden a adherirse; si la infección avanza, el daño será desde las capas musculares hasta la serosa, con daño tubárico permanente o irreversible

La E.P.I varía dependiendo del tipo de microorganismos, del tamaño del inóculo y de la respuesta del huésped; por ejemplo, la infección gonocócica se caracteriza por una respuesta inflamatoria intensa provocada por una reacción que genera quimiotaxis entre la IgG y los

gonococos que fijan complemento y atraen leucocitos. La diferencia principal entre el gonococo y la *Chlamydia* es que en esta última el infiltrado es de tipo linfocítico. El *Mycoplasma*, por su parte, ocasiona inflamación en los canales linfáticos y vasculares y su daño es en sentido inverso, pues es de las capas profundas a las superficiales. 1 El proceso puede tener diferentes caminos:

- La infección cede con poco daño permanente cuando el tratamiento es adecuado y oportuno.
- Las fimbrias se ocluyen y son causa de esterilidad tubaria permanente.
- Las fimbrias edematosas y congestionadas se adhieran entre sí o al ovario produciendo un piosálpinx o un absceso tuboovárico.
- Puede existir una salpingitis folicular secundaria a la adherencia de los pliegues mucosos con atrapamiento de exudado y de secreción acuosa.
- El cierre de la porción distal de la trompa provoca acumulación acuosa y la distiende, lo que forma un hidrosálpinx.

Después del tratamiento médico permanece una reacción inflamatoria en la capa submucosa durante largo tiempo; se cree que es la causa del dolor pélvico crónico, favoreciendo así una reinfección.

4.3.7 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La sintomatología depende, en parte, de los agentes causales de la enfermedad pero, sobre todo, de las lesiones anatómicas producidas. En términos generales suele admitirse, que las infecciones por manipulación iatrogénica o en las portadoras de DIU tienen menor gravedad que las debidas a transmisión sexual directa.

También se admite que las E.P.I por clamidias tienen un curso clínico más benigno que las gonocócicas, aunque los hallazgos laparoscópicos

en aquellas pueden ofrecer cuadros graves discordantes con la clínica; la asociación de anaerobios conduce a la formación de abscesos.

El inicio del cuadro suele ser agudo y aparatoso, pero a veces es insidioso y progresivo, se asocia a menudo con la menstruación, y así lo manifestará la paciente; éste comienzo menstrual (o pocos días después de la menstruación) de la sintomatología es especialmente característico de las salpingitis gonocócicas, mientras que en las clamídicas es de comienzo insidioso y no necesariamente asociado con la menstruación.

El dolor es el síntoma más constante, y puede tener muy diferentes gradaciones; aunque puede ser fuerte desde el principio, lo más frecuente es que la intensidad sea baja al comienzo para irse incrementando progresivamente. El dolor se exagera con los movimientos y la presión abdominal y en algunas ocasiones su principal manifestación es la dispareunia.

La duración del episodio doloroso agudo suele ser por lo general breve, aunque el resto de la sintomatología es muy variable e inconstante pero debe ser cuidadosamente valorada.

La leucorrea es muy frecuente, en ocasiones hay metrorragias, que dependen de la existencia de infección endometrial; según la intensidad el cuadro puede haber una importante alteración del estado general. No son raros los síntomas urinarios, como disuria, polaquiuria y tenesmo vesical; asimismo, se asocian con frecuencia síntomas digestivos como molestias en la defecación, en tanto que los vómitos y náuseas sólo aparecen si hay afectación peritoneal.

La fiebre es un síntoma que no falta casi nunca, pero, al igual que el dolor, puede ser extraordinariamente variable; en ocasiones es muy alta, por encima de 40°, acompañada de escalofríos, pero la mayoría de las veces se mantiene alrededor de 38°, con duración diversa.

A veces se produce un cuadro de dolor en el hipocondrio derecho, conocido como síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, debido a una perihepatitis causada por el ascenso de gérmenes a través de la cavidad peritoneal. El síntoma doloroso fue descrito primitivamente por Stajano en 1919, y se trata de una inflamación de la cápsula hepática sin lesión del parénquima, con formación de exudados fibrinosos y adherencias atribuida tradicionalmente a infección gonocócica, se ha comprobado que también puede producirse por clamidias y otros gérmenes.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA:

- Aguda
- Silente
- Atípica
- Residual o crónica
- Postparto/ postaborto

CLASIFICACIÓN EVOLUTIVA:

- No complicada: Sin masa, limitada a trompas y ovarios con o sin signos de irritación peritoneal.
- Complicada: Masa o absceso que involucra trompas y ovarios, con o sin signos de irritación peritoneal.
- Diseminada: A estructuras extrapélvica, absceso tubo-ovárico roto o pelviperitonitis o con respuesta sistémica.

4.3.8 DIAGNÓSTICO

El dolor abdominal bajo es el síntoma más frecuente en pacientes con salpingitis aguda; la mayoría de las pacientes con salpingitis aguda presenta sensibilidad anexial, fiebre y secreción vaginal anormal, acompañada de dolor abdominal; el dolor abdominal, con o sin rebote, se halla en el 99% de los casos de salpingitis aguda; hay dolor a la

movilización del cérvix y del útero, en ausencia de estos signos y síntomas no están presentes debe pensarse en otro diagnóstico.

ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS EN LA EPI AGUDA

- Biometría Hemática, VSG
- Test de embarazo
- Proteína C reactiva
- Cultivo de cérvix para *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*
- Prueba de antígeno para Chlamydia
- Cultivo endometrial
- Cultivo de trompas uterinas
- Cultivo de líquido de fondo de saco de Douglas
- Laparoscopia
- Ecografía pélvica

CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE SALPINGITIS

- Dolor abdominal con o sin rebote.
- Sensibilidad a la movilización del cérvix.
- Sensibilidad anexial.

Los tres criterios anteriores son necesarios para establecer el diagnóstico, con uno o más de los siguientes:

- Extendido de Gram de endocérvix positivo, para diplococos gram negativos intracelulares
- Temperatura mayor de 38°C
- Leucocitosis (mayor de 10.000 por c.c.)
- Material purulento (positivo para leucocitos) en la cavidad peritoneal obtenido por culdocentesis o laparoscopia.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN E.P.I. AGUDA

- Sospecha de embarazo

- Temperatura > 38°C
- Leucocitosis mayor de 16000
- Intolerancia al antibiótico oral
- Embarazo
- Peritonitis
- Diagnóstico no aclarado
- Fracaso en el tratamiento ambulatorio
- Presencia de DIU
- Adolescentes
- Toda paciente con EPI

4.3.9 MANEJO DE LA ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

Tratamiento Ambulatorio. Esa condición excluye la posibilidad de cumplir la medicación, los controles clínicos y de laboratorio, el reposo en el domicilio, la consulta dentro de las 72 horas y la internación inmediata si no hubo mejoría dentro de ese lapso.

Tratamiento hospitalario. Si no pueden cumplirse las condiciones expresadas anteriormente, la paciente con diagnóstico clínico con E.P.I debe ser hospitalizada. La internación asegura el tratamiento parenteral correcto, la realización de los exámenes complementarios, el cumplimiento de los controles diarios y el reposo.

Tratamiento antimicrobiano. Para el tratamiento antimicrobiano de la E.P.I debemos recordar el origen polimicrobiano de la infección y la posible presencia de *C. Trachomatis* en más de la mitad de los casos. En la mayoría de los casos debe utilizarse una asociación de antimicrobianos, útil para infecciones polimicrobianas por gérmenes aerobios y anaerobios, Gram positivos y Gram negativos, complementada por un tratamiento eficaz contra la eventual infección por *C. trachomatis*.

Tratamiento sugerido en pacientes ambulatorias

- Ofloxacin 400mg o Ciprofloxacina 500mg, oral, c/12h, durante 10 días+ Metronidazol 500mg V.O c/12h durante 10 días.
- Aminopenicilina (ampicilina o amoxicilina) + Inhibidor de B-lactamasa (ácido clavulánico o sulbactam) V.O durante 5 a 7 días+ Doxiciclina 100mg V.O c/12h durante 10 a 14 días.
- Cefalosporina de 3ra generación, parenteral, monodosis + antianaerobio + Doxiciclina 100mg V.O c/12h durante 10 a 14 días.

Tratamiento en pacientes hospitalizadas

- Ofloxacin 400mg o Ciprofloxacina 200mg I.V c/12h. Metronidazol 500mg IV c/8h durante 48 horas, luego continuar V.O hasta 10 días.
- Aminopenicilina (ampicilina o amoxicilina o Sulbactam) I.V c/6h durante 48 a 72h, seguido por V.O por 5 días.
- Cefalosporina de 3ra generación, durante 48 a 72 horas+ antianaerobio (metronidazol) 500mg IV por 10 a 14 días.

Tratamiento según Protocolo del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP 2012):

Esquema de primera elección

- Ciprofloxacina 500 mg vía oral, dosis diaria durante 14 días más metronidazol 500 mg cada 12 horas, vía oral, durante 14 días.

Contraindicaciones:

En el embarazo, está contraindicado el uso de metronidazol durante el primer trimestre y de Ciprofloxacina durante todo el embarazo.

Precauciones:

No administrar Ciprofloxacina a menores de 16 años o madres en etapa de lactancia.

Esquema de segunda elección

- Ceftriaxona 500 mg, IM, una sola dosis, más doxiciclina 100 mg oral, cada 12 horas durante 14 días, más metronidazol 500 mg cada 12 horas durante 14 días.

Observaciones:

- Se recomienda el tratamiento ambulatorio en pacientes que no presenten manifestaciones clínicas de compromiso agudo peritoneal.
- No hay diferencia en resultados entre tetraciclina y doxiciclina. La doxiciclina tiene la particularidad de que, en virtud de su mejor absorción, alcanza rápidamente altas concentraciones plasmáticas.

Manejo de la pareja sexual

De ser posible, la pareja debe ser examinada si tuvo contacto sexual dentro de los 60 días previos a la aparición del cuadro infeccioso. La evaluación y tratamiento de la pareja es importante, debido a que puede ser el origen de una posible reinfección. Se deberá pesquisar *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* por hisopado uretral, de no ser factible el estudio microbiológico, sugerimos el tratamiento empírico de la pareja con Azitromicina 1 gramo, en dosis única.

Tratamiento Quirúrgico

Se reserva para aquellas pacientes en las que se sospecha la presencia de absceso pélvico, y que presentan las siguientes características:

- Abdomen agudo,
- Shock séptico,
- Falla del tratamiento conservador (48-72 horas),
- Fiebre,
- Peritonitis e íleo persistentes,
- Tumoración creciente,
- Anomalías de laboratorio persistentes,
- Pacientes sin deseo de fertilidad.

El tratamiento farmacológico del absceso pélvico combina los siguientes antibióticos: Clindamicina 900 mg IV c/8h o Metronidazol 1 gr IV c/12h, más Gentamicina 2 mg/kg dosis inicial, seguida de 1.5 mg/kg c/8h. Hay estudios que refieren la asociación entre Aztreonam más Clindamicina con un índice de curación hasta del 97.7%.

El tratamiento quirúrgico debe ser lo más conservador posible, es norma realizar colpotomía posterior si hay absceso del fondo de saco de Douglas. La ruptura del absceso con peritonitis generalizada, debe considerarse y tratarse como una emergencia quirúrgica; generalmente histerectomía abdominal total, con salpingooforectomía bilateral.

Cuando el tratamiento médico adecuado no ha tenido éxito y se presume la presencia de un absceso pelviano o cuando la paciente se presenta originariamente, con signo de absceso pélvico (piosálpinx, absceso tubo-ovárico, absceso de Douglas, absceso parametrial, absceso entre asas), o de peritonitis difusa, es necesario recurrir a la cirugía para extirpación o drenaje.

4.3.10 COMPLICACIONES

Las complicaciones que puede presentar la paciente van a estar directamente relacionadas con la severidad de la enfermedad, la administración del tratamiento adecuado y de inicio pronto. Las complicaciones que pueden llegar a presentar las pacientes con Enfermedad Pélvica Inflamatoria (E.P.I), entre ellas:

- *E.P.I recurrente*: se puede observar en 20 a 25% de pacientes con recurrencia si la infección anterior fue con microorganismos de transmisión sexual y la pareja no fue tratada en conjunto con la paciente.
- *Infertilidad*: el porcentaje que se va a encontrar dependerá de las veces en que la E.P.I se presente en la paciente; después de la primera aparición de E.P.I la infertilidad se presenta en 12% de las pacientes; si se presenta una segunda ocasión el porcentaje es de 18 a 24% y en la tercera ocasión el porcentaje puede llegar hasta 50% de los casos.
- *Embarazo ectópico*: se presenta entre 4 y 7% de los casos, porcentaje mayor que en las pacientes que nunca han presentado E.P.I.
- *Dolor pélvico crónico*: se puede observar hasta en 20% de las pacientes y puede durar más de seis meses.

Una complicación gravísima de la E.P.I, que entraña un grave riesgo de mortalidad, es la *tromboflebitis pelviana séptica*; se sospechará de ésta cuando una paciente (que con frecuencia tienen antecedente de abscesos tuboováricos) presenta un típico cuadro de escalofríos, fiebre errática y en picos, taquicardia persistente, poco o ningún dolor abdominal, aspecto llamativamente bueno para la gravedad del cuadro, bacteriemia y signos de embolia séptica por lo general pulmonar.

Estas pacientes por lo general no responden a correctos esquemas de antibioticoterapia. La heparinización produce efectos espectaculares y rápida mejoría de todo el cuadro; se constituye así en el tratamiento de elección; en los pocos casos en que no hay respuesta a la heparinización, se debe efectuar la ligadura de la vena cava inferior y de ambas venas ováricas, por encima del nivel del trombo.

4.3.11 PREVENCIÓN

La demora en la instauración del tratamiento aumenta la incidencia de secuelas, incluso en E.P.I clínicamente leves: infertilidad en 15, 35 y 55% de mujeres después de uno, dos y tres episodios de E.P.I respectivamente, dolor pélvico crónico 20%, embarazo ectópico, absceso tuboovárico e infecciones recurrentes. (BARRAGÁN, 2007)

Las estrategias para la prevención de la E.P.I, son de importancia para protegerse de las secuelas reproductivas; el enfoque preventivo de la E.P.I y sus secuelas se hace en tres niveles:

- *Prevención primaria:* intenta evitar la infección mediante una tarea fundamentalmente educativa; la educación debe fomentar, a modificar los hábitos sexuales riesgosos, impulsando un retraso de la edad de comienzo de las relaciones sexuales, disminución del número de parejas, elección de parejas con bajo riesgo de Enfermedades de Transmisión Sexual y utilización de métodos anticonceptivos de barrera, especialmente el preservativo.
- *Prevención secundaria:* pretende realizar el diagnóstico y tratamiento precoz de la infección, a fin de evitar no sólo las secuelas, sino también la propagación; implica una tarea educativa para la población, que debe ser alertada sobre el

creciente peligro de las infecciones del tracto genital inferior, estimulando la consulta ante los primeros síntomas de anormalidad.

5. MATERIALES Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

El estudio realizado es de tipo, prospectivo, descriptivo y cohorte transversal.

DESCRIPCIÓN DEL AREA DE ESTUDIO

AREA DE ESTUDIO

Centro de Salud N-3 del Cantón Loja

UNIVERSO

El Universo estuvo constituido por 1062 pacientes entre 25 a 40 años que acudieron al servicio de consulta externa de Ginecología en el Centro de Salud N-3 de Loja en el período Mayo - Octubre 2014.

MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 152 pacientes que se les diagnosticó Cervicitis.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes que tuvieron cervicitis como diagnóstico.

Pacientes que presentaron enfermedad inflamatoria pélvica (E.P.I).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que acudieron a consulta externa por otras causas ginecológicas.

Pacientes que no estén establecidas en el rango de 25- 40 años de edad.

- **TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS**

La información se obtuvo mediante la revisión detallada de las historias clínicas que maneja el departamento de estadística del centro de salud N 3

Luego de un análisis profundo y discusión de datos, obtenidos a través de la historia clínica se determinó los resultados y el análisis de acuerdo a lo obtenido.

- **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

La tabulación y procesamiento de datos, se los presentó en cuadros estadísticos expresados en frecuencias y porcentajes, los mismos que permitieron efectuar el análisis e interpretación de resultados; lo que permitió determinar la relación entre cervicitis y enfermedad pélvica inflamatoria.

- **ACTIVIDADES:**

- Se realizó una base de datos de los resultados obtenidos.
- Se diseñó y socializó los datos obtenidos.
- Se Interpretó la información.
- Se Identificó y clasificó los resultados de acuerdo a las diferentes variables: edad, paridad, estado civil.
- Se realizó la tabulación y organización de la información en base a las variables mencionadas en el programa Microsoft Excel 2013.

6. RESULTADOS

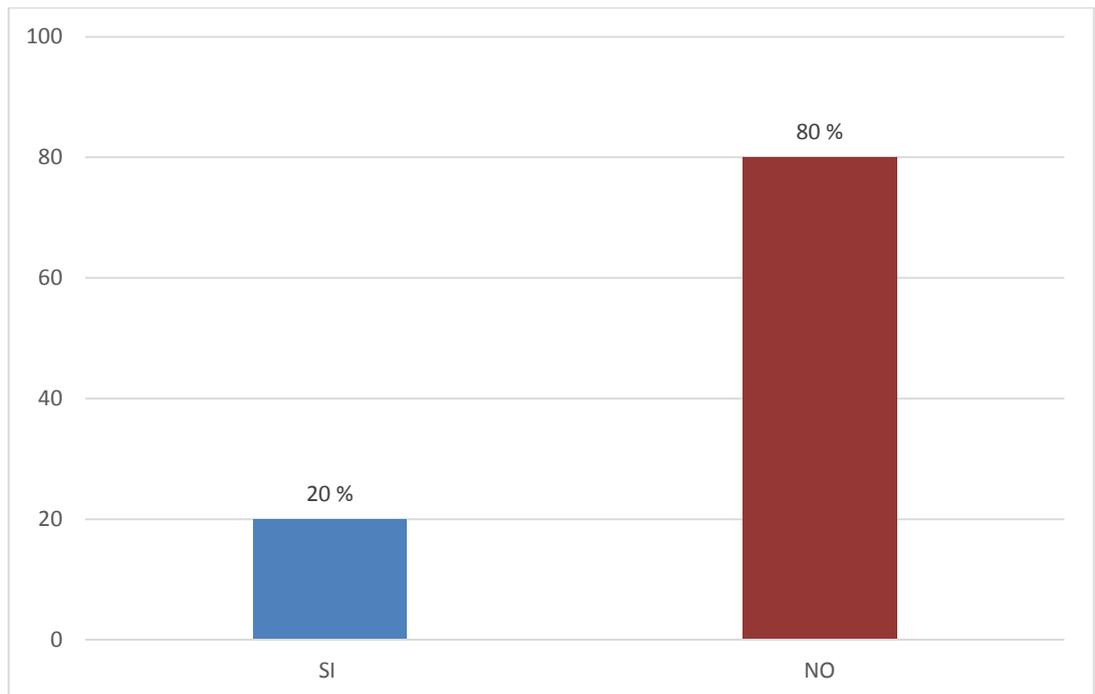
TABLA 1. PACIENTES CON CERVICITIS Y SU RELACIÓN CON ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (E.P.I) CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 25 Y 40 AÑOS

RELACION DE CERVICITIS CON ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (E.P.I)	f	%
SI	30	20
NO	122	80
Total	152	100

Fuente: Hoja de Recolección de Datos- Historias Clínicas de Estadística

Elaboración: Pablo Andrés Moreno Romero

GRÁFICO 1



INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el trabajo investigativo se constató que del 100% (n=152) de pacientes que tuvieron Cervicitis, el 20% (n=30) se relaciona con Enfermedad Pélvica Inflamatoria (E.P.I).

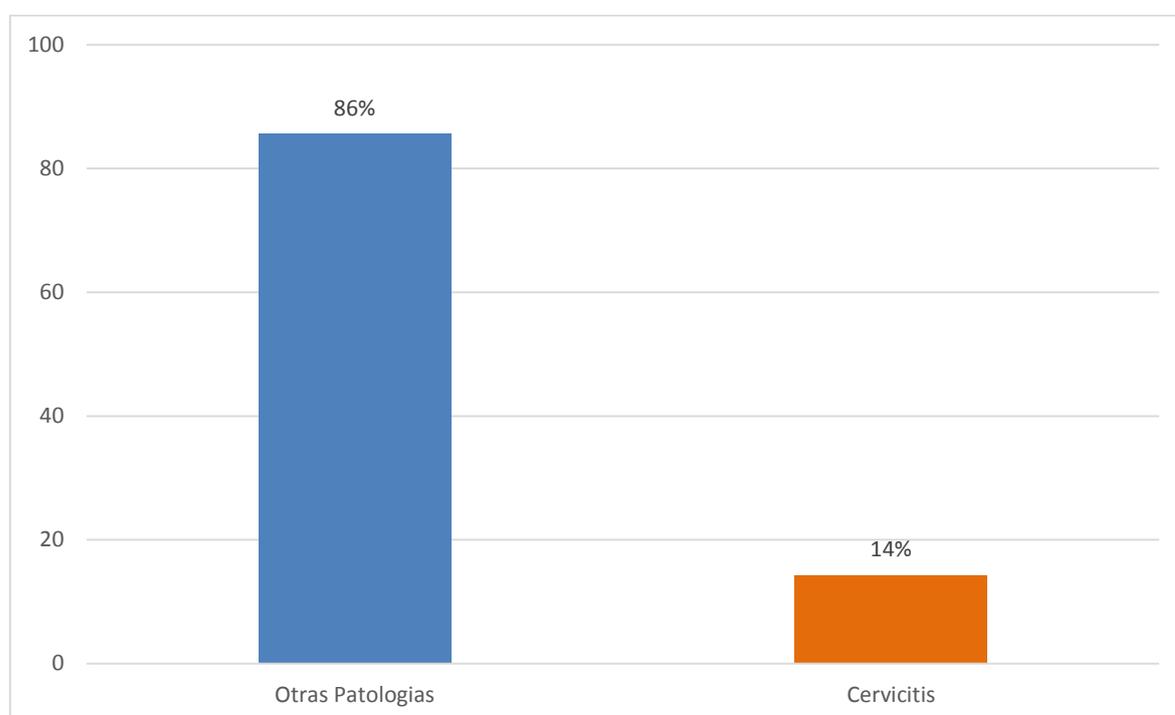
TABLA 2. PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CERVICITIS CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 25 Y 40 AÑOS.

	f	%
Cervicitis	152	14
Otras Patologías	908	86
Total	1060	100

Fuente: Hoja de Recolección de Datos- Historias Clínicas de Estadística

Elaboración: Pablo Andrés Moreno Romero

GRÁFICO 2



INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Durante el abordaje investigativo se constató que se atendieron en consulta externa de Ginecología un total del 100% (n = 1060) pacientes de los cuales el 14% (n=152) tuvieron diagnóstico de Cervicitis y el 86% (n=908), fueron pacientes con diagnóstico de otras causas ginecológicas.

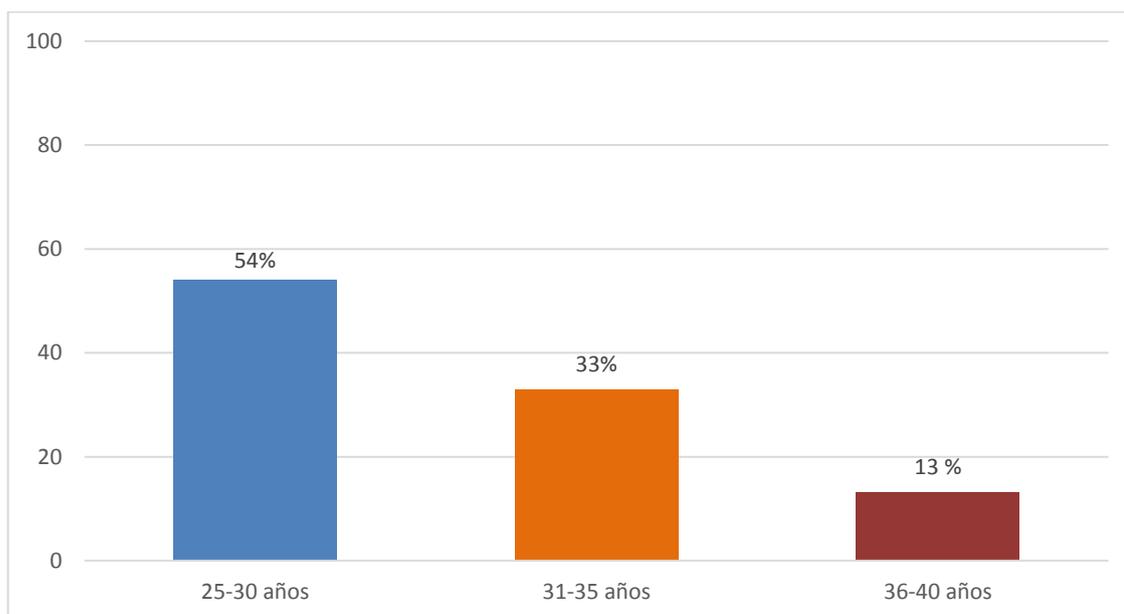
TABLA 3 .NÚMERO DE PACIENTES CON CERVICITIS SEGÚN LA EDAD

Edad (años)	f	%
25-30	82	54
31-35	50	33
36-40	20	13
Total	152	100

Fuente: Hoja de Recolección de Datos- Historias Clínicas de Estadística

Elaboración: Pablo Andrés Moreno Romero

GRÁFICO 3



INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Del 100% (n=152) de casos de cervicitis diagnosticados, el 54% (n=82) corresponde a pacientes entre 25 a 30 años, el 33% (n=50) casos se atribuyen a pacientes entre 31 a 35 años y el 13% (n=20) casos son de pacientes entre 36 a 40 años.

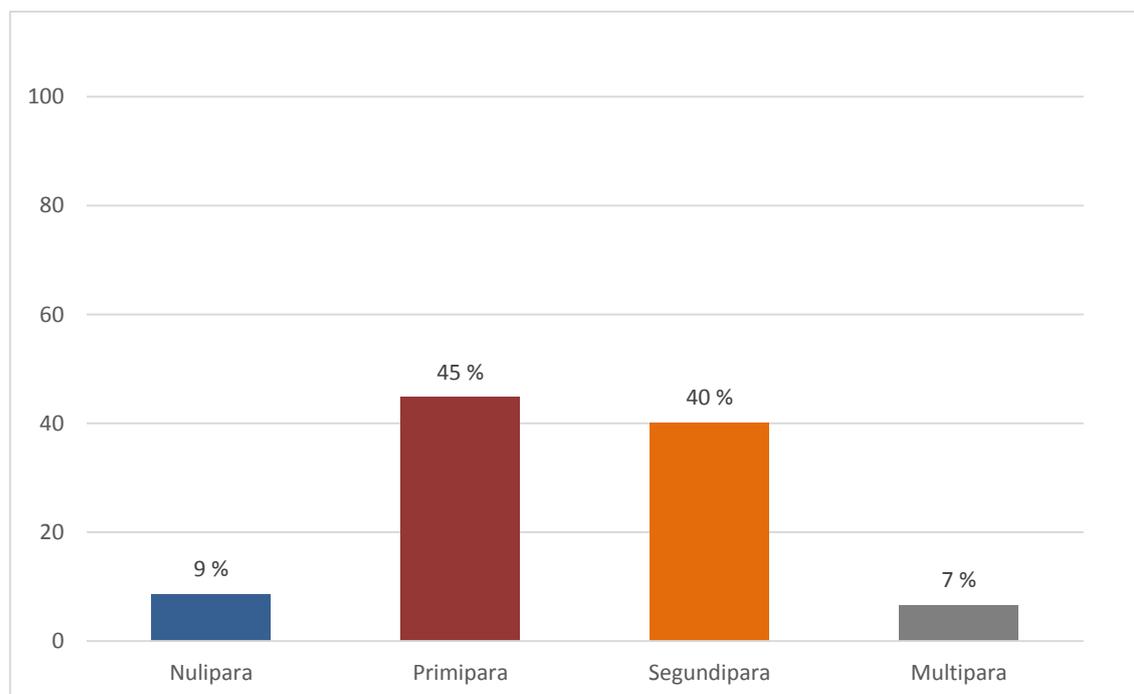
TABLA 4 .PACIENTES CON CERVICITIS SEGÚN PARIDAD

Paridad	f	%
Primipara	68	45
Segundipara	61	40
Nulipara	13	9
Multipara	10	7
Total	152	100

Fuente: Hoja de Recolección de Datos- Historias Clínicas de Estadística

Elaboración: Pablo Andrés Moreno Romero

GRÁFICO 4



INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

De los casos de pacientes con cervicitis 100% (n=152) se constató que el 45% (n=68) son pacientes primíparas, el 40% (n=61) son segundiparas, el 9% (n=13) son casos de mujeres nulíparas y el 7% (n=10) son múltiparas del total de los casos.

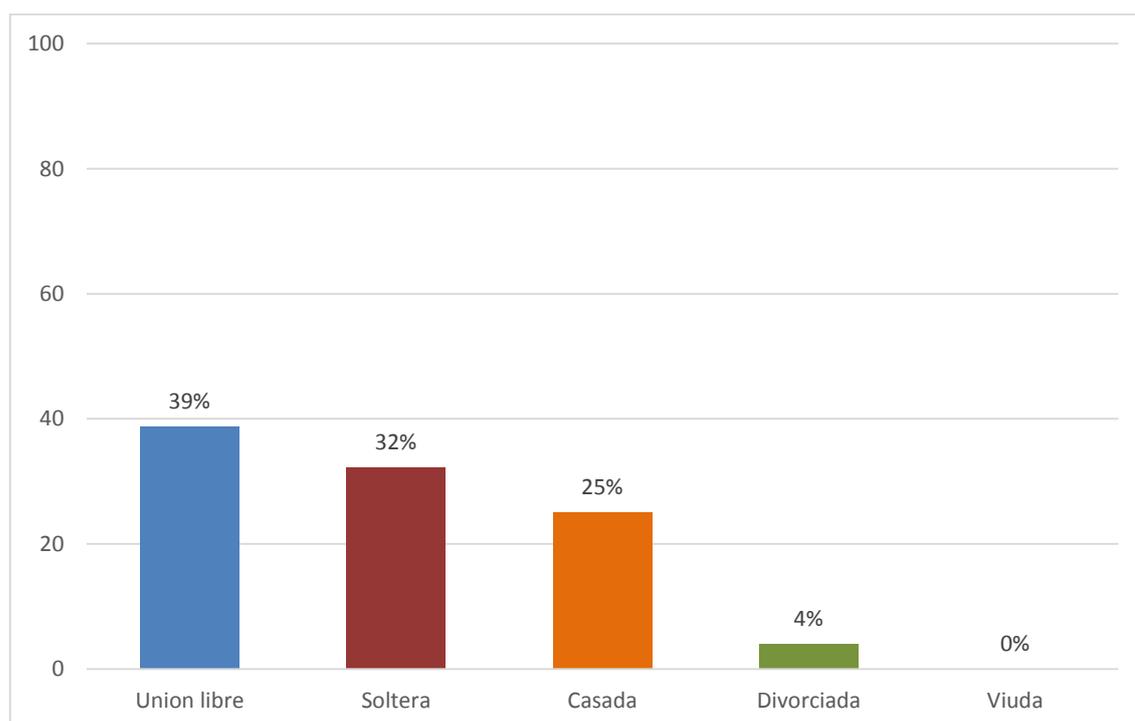
TABLA 5 .PACIENTES CON CERVICITIS SEGÚN ESTADO CIVIL

Estado Civil	f	%
Unión libre	59	39
Soltera	49	32
Casada	38	25
Divorciada	6	4
Viuda	0	0
Total	152	100

Fuente: Hoja de Recolección de Datos- Historias Clínicas de Estadística

Elaboración: Pablo Andrés Moreno Romero

GRÁFICO 5



INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

De los casos de cervicitis en estudio según su estado civil, el 39% (n=59) se encuentran en unión libre, el 32% (n=49) son solteras, el 25% (n=38) son casadas y el 4% (n=6) casos son divorciadas.

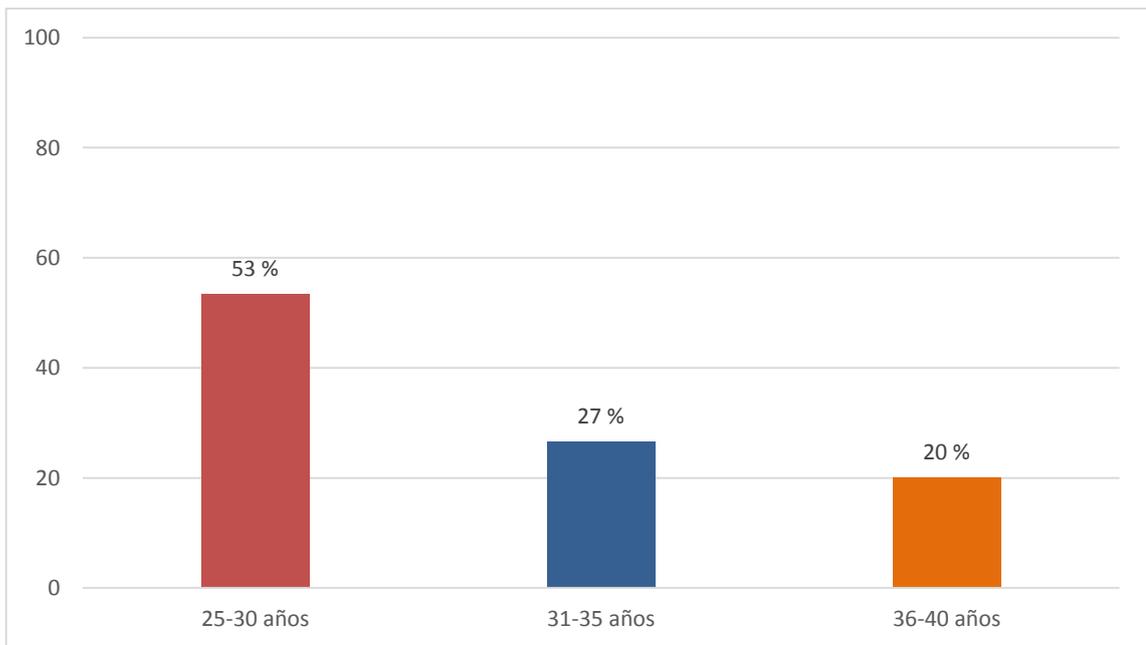
TABLA 6. PACIENTES CON ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (E.P.I) SEGÚN SU EDAD

Edad años	f	%
25-30	16	53
31-35	8	27
36-40	6	20
Total	30	100

Fuente: Hoja de Recolección de Datos- Historias Clínicas de Estadística

Elaboración: Pablo Andrés Moreno Romero

GRÁFICO 6



INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Del 100% (n 30) de pacientes diagnosticados de Enfermedad Pélvica Inflamatoria (E.P.I), el 53% (n=16) corresponde a pacientes entre las edades de 25 a 30 años, el 27% (n=8) tienen edades comprendidas entre 31 a 35 años con y el 20% (n=6) son de pacientes entre 36 a 40 años.

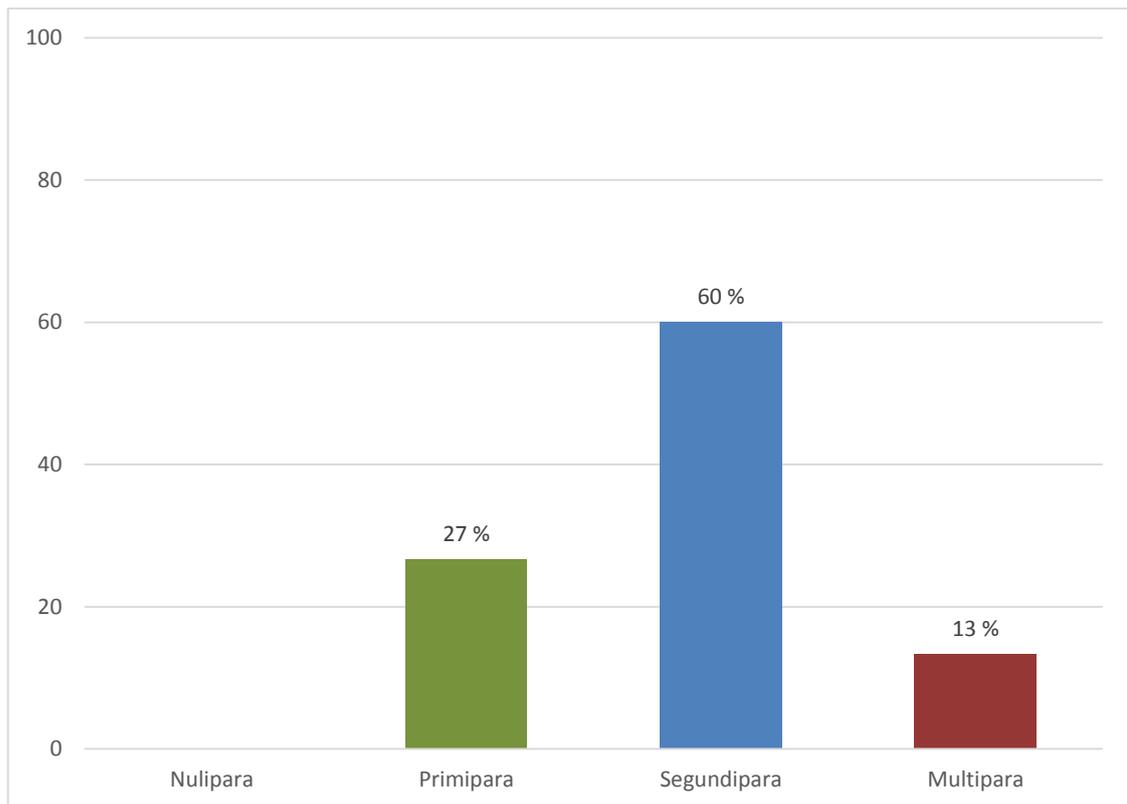
TABLA 7. PACIENTES CON ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA (E.P.I) SEGÚN PARIDAD

Paridad	f	%
Nulípara	0	0
Primípara	8	27
Segundípara	18	60
Múltipara	4	13
Total	30	100

Fuente: Hoja de Recolección de Datos- Historias Clínicas de Estadística

Elaboración: Pablo Andrés Moreno Romero

GRÁFICO 7



INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Del 100% (n=30) de casos de pacientes con Enfermedad Pélvica Inflamatoria (E.P.I) según su paridad se constató que el 60% (n=18) son secundiparas, el 27% (n=8) son primíparas y el 13% (n=4) son multíparas.

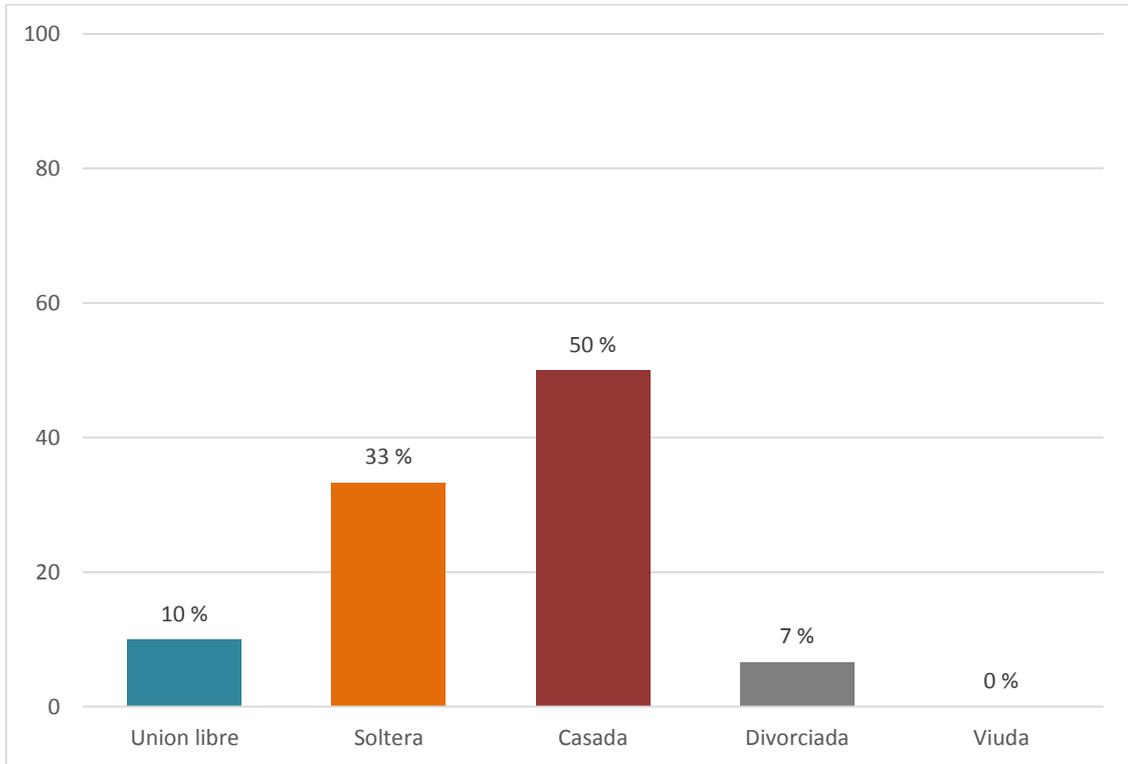
TABLA 8. PACIENTES CON ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (E.P.I) SEGÚN ESTADO CIVIL

Estado Civil	f	%
Unión libre	3	10
Soltera	10	33
Casada	15	50
Divorciada	2	7
Viuda	0	0
Total	30	100

Fuente: Hoja de Recolección de Datos- Historias Clínicas de Estadística

Elaboración: Pablo Andrés Moreno Romero

GRÁFICO 8



INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En relación a la Enfermedad Pélvica Inflamatoria (E.P.I) según el estado civil, el 50% (n=15) son casadas, el 33% (n=10) son solteras, el 10% (n=3) están en unión libre y el 7% (n=2) casos son divorciadas.

7. DISCUSIÓN

En este apartado de la presente Tesis: “*CERVICITIS Y SU RELACIÓN CON EPI EN MUJERES ENTRE 25 - 40 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD N.3 DE LOJA EN EL PERÍODO MAYO - OCTUBRE 2014*”, iré indagando en cada uno de los resultados obtenidos a partir del análisis efectuado sobre las variables que han sido objeto de estudio.

- En un estudio realizado en el Hospital de Santa Rosa en el año 2013 determino que de los casos Cervicitis, el 37% se presentó entre las edades 19-25 años de edad, el 50% se encontraban en unión libre y el 51% tenían como antecedente haber tenido de 1 a 2 partos; **en comparación con nuestro estudio** de los casos de Cervicitis el 54% se presentó entre las edades de 25 a 30 años, el 39% de los casos fue en mujeres en unión libre y el 45% y 40% tuvieron antecedente de presentar 1 a dos partos respectivamente.
- En un estudio realizado en la comunidad de Ausncion Ixtaltepec durante el año 2002, se determinó que de 145 pacientes en estudio el 13% de las mismas presentaron cervicitis, **en nuestro estudio** encontramos que de la población en estudio (1060 pacientes) el 14% se diagnosticó cervicitis.
- Se realizó una investigación en el Hospital Universitario de Motupe en el año 2011, en el trabajo investigativo efectuado se constató que la incidencia de pacientes con Enfermedad Pélvica Inflamatoria fue del 8.9%, el 49% correspondieron a la edad entre los 18 a 25 años de edad, y el 56% fueron pacientes en unión libre, **en contraste con nuestro estudio** los casos de Enfermedad Pélvica Inflamatoria en relación a pacientes con Cervicitis fue del 20% , de los mismos el 53% perteneció a las edades de 25 a 30 años, y el 50% fueron casadas.

- En el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en Perú en los años 2000 a 2003, se realizó un estudio en el departamento de Ginecología acerca de la incidencia y factores de riesgo de pacientes atendidas con Enfermedad Pélvica Inflamatoria se demostró la E.P.I represento alrededor del 4.1% de atención ginecológica de los cuales el grupo etareo de mayor incidencia fue de 25 a 35 años, el 54.5% de los mismo fueron primíparas, **en relación nuestro aporte investigativo**, de los casos de E.P.I diagnosticados el 53% perteneció a las edades de 25 a 30 años, el 60% fueron segundíparas, seguidos del 27% que fueron primíparas.
- Mis resultados indican la relación que existe entre los casos de cervicitis y la Enfermedad Pélvica Inflamatoria (E.P.I) dando 20% de concordancia entre las dos patologías, al momento no hay estudios a nivel local y nacional que demuestren la relación directa entre las dos entidades; existen investigaciones indicando la incidencia de Cervicitis y de Enfermedad Pélvica inflamatoria cuyos resultados ya fueron expuestos.

8. CONCLUSIONES

Al haber finalizado con el presente trabajo investigativo, he llegado a las siguientes conclusiones:

- La incidencia de Cervicitis en pacientes entre los 25 a 40 años que acudieron a consulta externa durante el periodo Mayo-Octubre del 2014, fue del 14%.
- De acuerdo a las pacientes que tuvieron Cervicitis el 20% de los mismos se relaciona directamente con Enfermedad Pélvica Inflamatoria (E.P.I.).
- Dentro de los casos diagnosticados de Cervicitis la mayoría de casos es decir el 54% se presentó dentro de las edades entre los 25 y 30 años, el 39% se identificó en pacientes que se encuentran en unión libre y el 45% corresponde a mujeres primíparas.
- El 53 % de los casos de Enfermedad Pélvica Inflamatoria (E.P.I.) correspondió a la edad comprendida entre los 25 y 30 años, el 50% se diagnosticó a mujeres casadas y el 60% afecto a pacientes segundiparas.
- Tanto la Cervicitis y la Enfermedad Pélvica Inflamatoria (E.P.I.) se presentó con mayor frecuencia en mujeres en los últimos 5 años del segundo decenio de vida, en pacientes sexualmente activas y en casos con antecedentes de uno y dos partos.

9. RECOMENDACIONES

- Realizar campañas de promoción de salud sexual y reproductiva por parte del Ministerio de Salud Pública (M.S.P); así como también promover la prevención, ya que estas enfermedades van en aumento y acarrea consigo complicaciones a corto y largo plazo.
- Informar en consulta externa a las pacientes acerca del riesgo y consecuencias que atañe a éstas enfermedades; sobre todo en aquellas que en la realización de la historia clínica se descubran factores de riesgo.
- Efectuar estudios similares utilizando otras variables como antecedente de enfermedades de transmisión sexual, utilización del Dispositivo Intrauterino, ocupación entre otros; y así poder determinar elementos de riesgo que actúen de forma directa o indirecta en la etiología de estas patologías.
- Al Ministerio de Salud Pública (M.S.P) como autoridad sanitaria, implementar medios de diagnóstico efectivos tanto de laboratorio como de imagen, para llegar a establecer la etiología y prescribir el tratamiento farmacológico eficaz.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. ARENAS J, VICENS L, MONTOSA J. *Ginecología Fundamentos de*. Madrid: España. Médica Panamericana.
2. BARRAGÁN L. (2007). *Enfermedades del Tracto Genital Inferior*. Medigraphic. 1, (1).6-13
3. BEREK, J & NOVAK. (2013). *Ginecología*. Barcelona: España. Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Williams.
4. BOTELLA, J. (2008). *Tratado de Ginecología*. Madrid: España. Díaz de santos S.A.
5. BRICEÑO, C. (2011). *Incidencia de la enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres de edad fértil comprendidas entre los 18 y 40 años de edad que acuden al hospital universitario de Motupe en el período enero - septiembre del 2011*. Universidad Nacional de Loja. Loja-Ecuador.
6. CIRIL, ROZMAN, BORSTNAR, FRANCESC, CARDELLACH & LÓPEZ; (2012). *Medicina Interna*. Barcelona: España. Elsevier.
7. COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE .CEPAL. (2011). *Panorama actual y perspectivas futuras de la fecundidad en América Latina*.
8. De la Cruz, G; Bautista, M (2005). *Estudio clínico–epidemiológico de la enfermedad pélvica inflamatoria aguda*. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 51,(3): 126-131.
9. GÁLVEZ, T (2014). *Prevalencia de la cervicitis en mujeres jóvenes adultas (19 a 35 años) que acuden al S.C.S TNT. Hugo Ortiz del cantón*

Santa Rosa durante el año 2013. Universidad Técnica de Machala. Machala-Ecuador.

10. GENESER, F. (2000). *Histología*. Buenos Aires: Argentina, Panamericana.
11. GRUPO CTO, (2009). *Manual de Ginecología y Obstetricia*. Madrid: España, CTO.
12. GUTIERREZ, M. (2007). *Enfermedad Inflamatoria Pélvica: Etiopatogenia*. Revista Peruana Ginecología y Obstetricia. (53):228-233
13. HARRISON. (2009). *Principios de Medicina Interna*. Mexico D.F. McGraw-Hill Interamericana
14. HERNÁNDEZ D.; DIAZ, O (2010). *Enfermedad inflamatoria pélvica*. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 36(4) 613-631
15. LLORENTE, D; CEDEÑO, S; FUENTES, P; GUZMÁN, J; LÓPEZ, D (2008). *Enfermedad Inflamatoria Pélvica Tumoral en la Adolescente*. iMedPub. 4, (5), 1-7
16. MANUAL MERCK DE MEDICINA HUMANA. *Ginecología y obstetricia: Inflamación e infecciones ginecológicas enfermedad inflamatoria pélvica*.
17. MIMS, C; WAKELIN, D; PLAYFAIR, J; ROITT, I & WILLIAMS. (2006). *Microbiología Médica*. Barcelona: España, Mosby.
18. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA; (2012) *Protocolos Terapéuticos*.
19. Núñez, J. (1999). Mycoplasma hominis y Ureaplasma urealyticum en diferentes patologías ginecológicas. Invest Clin 40(1): 9-24,

20. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; (2011); *Infecciones de Transmisión Sexual*. OMS.
21. QUINTANA, P; GONZÁLEZ, A; SARRÍA, S; GONZÁLEZ, Y; RIVERO, T & MEDEROS, R. (2007) *Enfermedad inflamatoria pélvica*. Medisur. 5 (3), 92-98.
22. ROUVIERE, H; DELMAS, A. (2005). *Anatomía Humana*. Barcelona: España. Masson, S.A.
23. URIZA, R.N. (2008). *Decálogos y algoritmos en ginecología y obstetricia*. México DF. Alfil
24. USANDIZAGA & DE LA FUENTE. (2011) *Obstetricia y Ginecología*. Madrid: España. Marban.

11. ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

PLAN DE RECOPIACIÓN DE DATOS

1. PACIENTES QUE ACUDE A CONSULTA EXTERNA

a. DIAGNOSTICO

- CERVICITIS ()
- ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA ()

2. PACIENTES CON CERVICITIS

a. EDAD

- 25-30 AÑOS ()
- 31-35 AÑOS ()
- 36-40 AÑOS ()

b. PARIDAD

- Primipara ()
- Secundipara ()
- Multipara ()

c. ESTADO CIVIL

- Unión libre ()
- Soltera ()
- Casada ()
- Divorciada ()

- Viuda ()

3. PACIENTES CON ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA

a. EDAD

- 25-30 AÑOS ()
- 31-35 AÑOS ()
- 36-40 AÑOS ()

b. PARIDAD

- Nulipara ()
- Primipara ()
- Secundipara ()
- Multipara ()

c. ESTADO CIVIL

- Unión libre ()
- Soltera ()
- Casada ()
- Divorciada ()
- Viuda ()

Anexo 2

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.02388 CCM-ASH-UNL

PARA: **Dr. Luis Morillo**
DIRECTOR DEL ÁREA DE SALUD N°3

DE: Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 28 de septiembre 2015

ASUNTO: Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación.

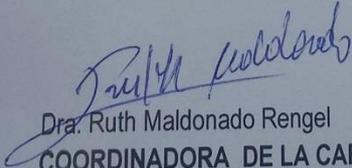
Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

a

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que el **Sr. Pablo Andrés Moreno Romero**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda tener acceso a la recolección de datos de las Historias Clínicas en el Área de Consulta Externa de Ginecología; información que le servirá para la realización de la tesis: titulado **“CERVICITIS DIAGNOSTICADA POR PAPANICOLAOU Y SU RELACIÓN CON EPI EN MUJERES ENTRE 25 -40 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD NRO. 3 DE LOJA EN EL PERIODO MAYO – OCTUBRE 2014”**.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,


Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL
C.c.- Archivo

Sip.

Anexo 3

PROYECTO DE TESIS

“Cervicitis diagnosticada por Papanicolaou y su relación con EPI en mujeres entre 25 - 40 años atendidas en el servicio de Consulta Externa del Centro de Salud N.3 de Loja en el período Mayo - Octubre 2014”

PROBLEMÁTICA

La cervicitis es una entidad que afecta al aparato genital femenino: vulva, vagina y cuello uterino, en mujeres en edad fértil y con vida sexual activa en cualquier época de su vida; ¹ corresponden a infecciones, fundamentalmente bacterianas, del conducto endocervical. Son frecuentes y están causadas, fundamentalmente, por un germen de transmisión sexual (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*) o por un patógeno de la flora vaginal (*Gardnerella vaginalis*). La *Trichomona vaginalis*, *Cándida albicans* y el Virus del herpes simple son otros gérmenes, asociados en menor proporción a la inflamación del cuello uterino.

De acuerdo a la Organización Mundial de la salud, OMS, en el año 2005 en todo el mundo, entre las personas de 15 a 49 años hubo un total aproximado de 448 millones de nuevas infecciones por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y otros agentes. Se encontraron 88 millones de casos nuevos por lo que convierte a ésta en la segunda infección de transmisión sexual más prevalente en el mundo (OMS, 2005).

Con frecuencia, las cervicitis son asintomáticas. Pueden constituir el punto de partida de una infección genital alta o acompañarla como la Enfermedad Pélvica Inflamatoria (E.P.I) y otras enfermedades concomitantes que pueden acarrear graves consecuencias.

La E.P.I comprende las alteraciones inflamatorias e infecciosas que afectan los órganos genitales situados en la pelvis menor; incluye combinaciones de cervicitis, endometritis, salpingitis, anexitis y pelviperitonitis, así como abscesos tuboovárico, su importancia radica no sólo en la morbilidad aguda, sino en su capacidad de producir secuelas como esterilidad, gestación ectópica, recidivas y dolor abdominal crónico. ² La mayoría de los casos de enfermedad inflamatoria pélvica aguda están relacionados con enfermedades de

¹ PELÁEZ MENDOZA J. 2012. *Enfermedad inflamatoria pélvica y adolescencia*. Recuperado el 25 de septiembre de 2011, desde. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-00X2012000100008&script=sci_arttext&tlng=en

² HERNÁNDEZ DURAN D. 2010. *Enfermedad Inflamatoria Pélvica*. Recuperado el 30 de mayo de 2010 desde. <http://scielo.sld.cu>

transmisión sexual. Entre el 8 y el 20 % de las mujeres con cervicitis por gonococos no tratadas y del 8 al 10 % de las mujeres con cervicitis por clamydias no tratadas se complican con dicha enfermedad”.

Cada año miles de mujeres experimentan un episodio de enfermedad inflamatoria pélvica aguda (EIP) aguda y estas son sometidas a un creciente riesgo de molestias crónicas en el hemiabdomen inferior, embarazo ectópico, dolores por adherencias, infertilidad tubárica.³ “Aproximadamente un 12 % de mujeres se convierten en infértiles después de un simple episodio, casi un 25 % después de dos episodios y casi un 50 % después de tres episodios. Otras secuelas asociadas son la dispareunia, el piosálpinx, los abscesos tuboováricos y adherencias pélvicas y muchas de ellas requerirán intervenciones quirúrgicas”.

⁴“La incidencia anual para países desarrollados en el 1-2% de las mujeres sexualmente activas. En Suecia se calcula que la enfermedad afecta anualmente al 1% de las mujeres entre 15-34 años, con una incidencia mayor entre los 15 y 24 años. En estados unidos algunas estimaciones apuntan a que entre el 10 al 15 % de las mujeres en edad reproductiva han tenido un episodio de EPI”

Las complicaciones y secuelas de la E.P.I son penosamente graves para la enferma, la familia y la sociedad. El diagnóstico y tratamiento de las mismas tiene también un impresionante costo económico, que en Francia se ha estimado en 500 millones de francos anuales y en los EEUU en 2 billones de dólares anuales de costo directo. Si al costo directo se le suma el indirecto (secuelas de esterilidad, embarazos ectópicos, dolor pelviano, etc.), la suma asciende a 4 billones de dólares anuales.

³ HARRISON. Año 2009. *Principios de Medicina Interna*. 17va edición. México DF.McGRAW-HILL INTERAMERICANA

⁴ QUINTANA ROJAS P. GONZALES BERNIA A. SARRIA BERNIA S. GONZALES MONTALVO Y. OLIVERA RIVERO T. FANG MEDEROS R. 2007. *Pelvic inflammatory disease*. Recuperado el 03 de mayo del 2007 desde. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/297-9460-1-PB.pdf>

Además de las complicaciones ya expuestas, estas patologías traen consigo un problema sociocultural que como personal de salud se tiene que intervenir y promulgar la prevención en nuestra región.

Por lo mencionado anteriormente es conveniente investigar el siguiente problema: ¿Cuál es la relación de cervicitis diagnosticada con Papa Nicolau, con EPI en mujeres entre los 25 - 40 años de edad atendidas en el servicio de Consulta Externa del Centro de Salud N-3 de Loja en el período Mayo - Octubre 2014?

JUSTIFICACIÓN

La Universidad Nacional de Loja dentro de sus objetivos tiene: generar conocimientos científicos, técnicos y culturales mediante la investigación clínica, epidemiológica y cultural, en el campo de la salud/enfermedad y prestación de servicios.

El motivo que impulsa a conocer la relación entre la cervicitis y su relación con la EPI en mujeres entre 25 y 40 años es en primer lugar identificar si cada mujer con vida sexual activa o con problemas ginecológicos de cualquier índole debe realizarse un examen ginecológico anual.

En la diaria practica se puede constatar con mucha frecuencia casos de cervicitis diagnosticada, muchos de los cuales evolucionan hacia la cronicidad, y peor aún generan Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EPI).⁵ "En Estados Unidos el número estimado de consultas iniciales por enfermedad pélvica inflamatoria en mujeres entre 15 a 44 años de edad disminuyó desde 400 000 durante el decenio de 1980 hasta 250 000 en 1999 y más tarde a 176 000 en 2005, las hospitalizaciones por esta enfermedad aguda permanecieron constantes en casi 70 000 a 100 000 por año desde 1995".

Es trascendente concientizar a la población sexualmente activa acerca de la importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno para todas las infecciones que pueden causar cervicitis. Hay evidencia limitada en cuanto a determinación de prevalencia de esta enfermedad y sus complicaciones a nivel nacional, regional como local.

La investigación a realizar nos permitirá estimar la frecuencia de estas enfermedades y servirá como justificación para estudios poblacionales a gran escala que posiblemente lleven a la implementación de programas de tamizaje a nivel nacional y local

Así se justifica esta presente investigación para de esta manera poder generar conocimientos hacia la comunidad en general, para que mujeres con vida sexual activa o problemas ginecológicos pueda prevenir las complicaciones

⁵ USANDIZAGA Y DE LA FUENTE. *Obstetricia ginecología*. Madrid. Editorial Marban. 2011

que generan la cronicidad de los mismos y poder tener acceso a un tratamiento oportuno y eficaz.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar la incidencia de pacientes que presentaron cervicitis y su relación con Enfermedad Inflamatoria Pélvica en mujeres entre los 25 y 40 años de edad atendidas en el servicio de Consulta Externa del Centro de Salud N-3 de Loja en el período Mayo- Octubre 2014.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Determinar el número de casos de pacientes con cervicitis en la población en estudio
- Reconocer la incidencia de casos de cervicitis según el grupo de edad, paridad y estado civil.
- Relacionar la presencia de Enfermedad Pélvica Inflamatoria (E.P.I) en casos de mujeres con Cervicitis atendidas en el centro de salud Nro.
- Establecer la cantidad de pacientes con Enfermedad Pélvica Inflamatoria (E.P.I) teniendo en cuenta el grupo de edad, paridad y estado civil.

ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO

1. CERVICITIS

1.1 Etiología

1.1.1 Bacteriana

1.1.2 Micótica

1.1.3 Parasitaria

1.1.4 Otras

1.2 Factores de riesgo

1.3 Patogenia

1.4 Manifestaciones clínicas

1.5 Diagnostico

1.6 Diagnóstico Diferencial

1.7 Tratamiento

1.8 Complicaciones

1.9 Prevención

2. ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA

2.1 Etiología

2.2 Factores de riesgo

2.3 Patogenia

2.4 Manifestaciones clínicas

2.5 Diagnostico

2.6 Diagnóstico diferencial

2.7 Tratamiento

2.8 Complicaciones

2.9 Prevención

METODOLOGÍA

- **TIPO DE ESTUDIO**

El estudio es de tipo, prospectivo, descriptivo, transversal;

DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

- **ÁREA DE ESTUDIO**

Centro de Salud N-3 del cantón Loja

- **UNIVERSO**

Constituyen todas las pacientes entre 25 y 40 años que asisten a consulta externa de Ginecología en el Centro de Salud N-3 de Loja en el período Mayo - Octubre 2014

- **MUESTRA**

Estará constituida por todas las pacientes entre 25 y 40 años que asisten a consulta externa de Ginecología que se le realicen examen de citología cervical (Papanicolaou).

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Pacientes que se les realice examen de citología cervical (papa nicolau).

Pacientes en las que se detecten cervicitis.

Pacientes que presenten enfermedad inflamatoria pélvica (E.P.I).

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Pacientes que acudieron a consulta externa por otras causas ginecológicas u obstétricas.

Pacientes que no estén establecidas en el rango de 25- 40 años de edad

- **TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS**

El método es analítico

Las técnicas a utilizar son

- Documentales para elaborar el planteamiento del problema, marco teórico, realizar el análisis y conclusiones de la investigación.
- De campo para obtener información relacionada con las pacientes que ingresaran en el estudio.
- Elaborar una hoja para la recolección de datos.

Para la recolección de datos se tomara como referencia la base de datos estadísticos del Centro de Salud, para lo cual se elaborara una guía de observación y extracción de datos del expediente del paciente.

- PROCEDIMIENTOS ESTADISTICOS
 - Revisión del expediente de la paciente en estudio.
 - Recolección de datos de los expedientes.
 - Tabulación de los datos extraídos.
 - Procesamiento de la información.

• **VARIABLES**

Las variables a investigar son:

- Independientes
 - Citología cervical (papa nicolau)
- Dependientes
 - Cervicitis Bacteriana
 - Enfermedad Pélvica Inflamatoria
 - Factores de Riesgo

PRESUPUESTO

El presente proyecto de investigación se regirá bajo los siguientes aspectos, los mismos que serán financiados por el autor.

MATERIALES	PRECIO (dólares)
CAMARA FOTOGRAFICA DIGITAL	250
TRANSPORTE	75
HOJAS - IMPRESIONES	150
TOTAL	475

CRONOGRAMA

Para el logro de los objetivos y el cumplimiento estricto del proyecto, se registrá sus actividades y tareas bajo el siguiente cronograma.

ACTIVIDAD	MESES 2014							
	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE		OCTUBRE	
Presentación y aprobación del proyecto	X							
Trabajo de campo		X	X	X				
Tabulación de resultados					X			
Presentación del informe para posibles correcciones						X		
Presentación del informe final							X	
Disertación de la tesis								X

BIBLIOGRAFÍA

1. ARENAS BAJO JM. VICENS LAILA JM. MONTOSA XERCAVINS J. Ginecología Fundamentos de. Madrid. MÉDICA PANAMERICANA. Año 2009
2. ARÉVALO RUALES K. *Determinar la frecuencia de infección por Neisseriagonorrhoeae en mujeres embarazadas del Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora (HGOIA), del Hospital Vozandes de Quito y de la Clínica Universitaria USFQ de la ciudad de Quito*. Ciudad de Quito USFQ Facultad de Medicina. Año 2012.
3. BOTERO U JAIME, HENAO GUILLERMO, GUILLERMO LONDOÑO J. 8va Edición. *Obstetricia y Ginecología*. Medellín CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS. Año 2008
4. CIRIL ROZMAN BORSTNAR, FRANCESC CARDELLACH LÓPEZ. 17ava edición. *Medicina Interna*. España. ELSEVIER. Año 2012.
5. COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE .CEPAL. *Panorama actual y perspectivas futuras de la fecundidad en América Latina*, 2011. <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/45171/PSE2011-Cap-IIfecundidad.pdf>.
6. CORRAL MARZO C. *Enfermedad inflamatoria pélvica y sepsis*. Portales médicos.com. Año 2006. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/264/1/Enfermedad-inflamatoria-pelvica-y-sepsis.html>.
7. GOLDMAN, AUSELLIO. 23 Edición. *Tratado de Medicina Interna*, España. ELSEVIER. Año 2009

8. GRUPO CTO. 8va edición. Manual de Ginecología y Obstetricia. Madrid. CTO. Año 2009
9. GUTTIEREZ ZARPADIEL I. DE LA FUENTE VALERO J. ARENA BAJO JM. *Guía Práctica de Urgencias en Ginecología y Obstetricia*. 4ta edición. Madrid. MÉDICA PANAMERICANA. Año 2009.
10. HARRISON. 17va edición. *Principios de Medicina Interna*. México DF. McGRAW-HILL INTERAMERICANA. Año 2009.
11. HERNÁNDEZ DURAN D. 2010. *Enfermedad Inflamatoria Pélvica*. Recuperado el 30 de mayo de 2010 desde. <http://scielo.sld.cu>.
12. LLORENTE MOLINA, D; CEDEÑO LLORENTE, S; FUENTES PRÍNCIPE, P; GUZMÁN GARCÍA, J; LÓPEZ PEÑA, D. Vol. 4 *Enfermedad Inflamatoria Pélvica Tumoral en la Adolescente*. España
IMEDPUB. Año 2008.
13. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Protocolos Terapéuticos. Año 2012
14. NOVAK. 14ava edición. *Ginecología de*. Philadelphia. LIPPINCOT WILLIAMS Y WILKINS. Año 2008.
15. PELÁEZ MENDOZA J .2012. *Enfermedad inflamatoria pélvica y adolescencia*. Recuperado el 25 de septiembre de 2011, desde.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-00X2012000100008&script=sci_arttext&tIng=en

16. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Nota N°110. *Infecciones de Transmisión Sexual*. OMS. 2011.

17. QUINTANA ROJAS P. GONZALES BERNIA A. SARRIA BERNIA S. GONZALES MONTALVO Y. OLIVERA RIVERO T. FANG MEDEROS R. 2007. *Pelvic inflammatory disease*. Recuperado el 03 de mayo del 2007 desde. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/297-9460-1-PB.pdf>

18. REVISTA CUBANA DE GINECOLOGIA Y OBSETRICIA. Vol. 36. *Enfermedad Pélvica Inflamatoria*. La Habana. Año 2010.

19. ROCA GODERICH REINALDO. 4ta Edición. *Temas de Medicina Interna*. La Habana. EDUMED. Año 2002

20. USANDIZAGA Y DE LA FUENTE. 4ta edición. *Obstetricia ginecología*. Madrid. MARBAN. Año 2011.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
TÍTULO	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
REVISIÓN DE LITERATURA	7
GENERALIDADES	7
CUELLO UTERINO	8
CUERPO UTERINO	9
ANEXOS	10
CERVICITIS	12
CONCEPTO	12
ETIOLOGÍA	12
FACTORES DE RIESGO	14
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	15
DIAGNÓSTICO	15
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	16
TRATAMIENTO	17
PREVENCIÓN	17
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA	
CONCEPTO	18
EPIDEMIOLOGÍA	19
FACTORES DE RIESGO	20
ETIOLOGÍA	21

PATOGENIA	21
FISIOPATOLOGÍA	23
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	24
DIAGNÓSTICO	26
MANEJO	28
COMPLICACIONES	32
PREVENCIÓN	33
MATERIALES Y MÉTODOS	35
RESULTADOS	37
DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	50
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS	
ANEXO 1	54
ANEXO 2	56
ANEXO 3	57
ÍNDICE	72